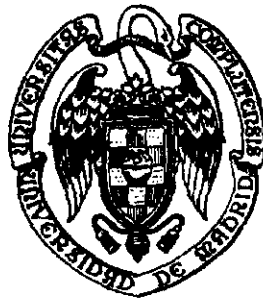


UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamientos Psicológicos I



TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL JUEGO PATOLÓGICO EN
JUGADORES DE MÁQUINAS RECREATIVAS CON PREMIO

TESIS DOCTORAL

ANA FERNÁNDEZ-ALBA LUENGO

Director: Francisco J. Labrador Encinas

Madrid, 1999

"He oído decir que, al igual que los cuentos tradicionales, el Juego de la Oca representa una determinada concepción de la vida; que es una descripción de los trabajos y los días que nos toca pasar en este mundo, una descripción y una metáfora.

Cuál sea esta concepción lo puede ver cualquiera que recuerde el tablero y las reglas del juego, pues tanto el tablero como las reglas muestran que la vida es, fundamentalmente, un viaje lleno de dificultades donde, a partes iguales, intervienen el Azar y nuestra Voluntad; un viaje en el que, no obstante esas dificultades, y siempre que los dados -los hados- nos sean un poco favorables, es posible avanzar y llegar con bien hasta ese estancque final donde nos espera la Gran Oca Madre.

No hay nada mejor, para el jugador que va de viaje, que el dar con su ficha en una de las viñetas que llevan la oca, ya que ese jugador puede entonces saltar de oca a oca y tirar porque le toca; y seguir así avanzando.

Nada es peor, en cambio, que el caer en viñetas como la cuarenta y dos -la del laberinto- o en la cincuenta y dos -la de la cárcel- o en la cincuenta y ocho, que es la que lleva la calavera. Caer en cualquiera de estas viñetas supone un retraso en el camino, o incluso su suspensión o su abandono.

Diré, de paso, que no es trivial que el juego-metáfora del que estoy hablando recurra justamente a la oca, y no a cualquier otro animal. Y es que la oca sabe andar por la tierra, sabe andar por el agua, sabe andar por el aire, siendo por ello el animal que la tradición ha elegido para simbolizar la sabiduría, lo bien hecho, la perfección.

El mensaje del juego es, por lo tanto, tan simple como difícil de seguir. Se trataría de hacer bien las cosas, día a día, oca a oca; solamente esa continuidad garantizaría la sabiduría y la perfección finales".

(Bernardo Atxaga, Obabakoak)

A aquellos que configuran mi tablero particular del Juego de la Oca:

A mis abuelos, Gregorio y Pilar, la casilla de salida, el origen.

A mis padres y mi hermano Javier, la oca, modelos de constancia, esfuerzo y, en definitiva, de lo bien hecho.

A Gorka, leal compañero de viaje, que añade la melodía imprescindible de toda travesía.

A Francisco J. Labrador, Rosario Martínez Arias y Alfonso Salgado, por transmitirme generosamente sus conocimientos y hacerme partícipe de su entusiasmo por la investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xv
Índice de cuadros	xxi
<i>Agradecimientos</i>	xxiii
Prólogo	xxv

PARTE TEÓRICA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

1. TIPOLOGÍAS DE LOS JUGADORES	5
1.1. Tipologías de los años '50-'70	5
1.2. Tipologías de los años '80-'90	9
2. CURSO DEL TRASTORNO	17
2.1. Fase de ganancia	17
2.2. Fase de pérdida	18
2.3. Fase de desesperación	20
2.4. Fase de desesperanza o abandono	21
3. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN	23
3.1. Clasificación diagnóstica	23
3.2. Caracterización conductual	25
4. EPIDEMIOLOGÍA	29
4.1. Estudios de prevalencia en adultos	31
4.1.1. Tasas de prevalencia	31

4.1.2.	Cuestionario de Juego South Oaks (SOGS): Limitaciones y otros comentarios metodológicos	32
4.1.3.	Características sociodemográficas de los jugadores patológicos	38
4.2.	Estudios de prevalencia en niños y adolescentes	41
4.2.1.	Hábitos de juego y tasas de prevalencia	41
4.2.2.	Los salones recreativos: un entretenimiento automático	47
	Tragaperras: esos bandidos mancos	47
	Comecocos: ¿realidad o metáfora?	54
4.3.	Resumen	62

ETIOLOGÍA Y MODELOS TEÓRICOS

5.	FACTORES EXPLICATIVOS I: ¿Cultura, aprendizaje o predisposición?	65
5.1.	Factores sociodemográficos y culturales	65
5.2.	Factores familiares	67
5.3.	Factores de predisposición	68
5.3.1.	Factores de personalidad	69
	Extroversión	70
	Neuroticismo	70
	Locus de control	71
	Búsqueda de sensaciones	72
5.3.2.	Factores biológicos	74
	Disfunción hemisférica	75
	Disfunción en los niveles de monoaminas	75
	Otros estudios	77
5.4.	Factores de aprendizaje	77
5.4.1.	Condicionamiento operante	79
5.4.2.	Condicionamiento clásico	79
5.4.3.	Aprendizaje vicario	80
5.5.	Mecanismo de ejecución conductual	83
6.	FACTORES EXPLICATIVOS II: Aspectos cognitivos	85
6.1.	Estrategias en el razonamiento humano	85
6.1.1.	Tareas lógicas y probabilísticas: Teorías normativas	86
6.1.2.	Limitaciones en el procesamiento de la información: Heurísticos y sesgos ..	86
	Tareas lógicas	87
	Tareas probabilísticas	88
6.2.	Juego patológico: Una burla a la racionalidad	89
6.2.1.	Teoría decisional normativa	90
6.2.2.	Heurísticos y sesgos	92
6.2.3.	El contexto normativo versus el contexto de los heurísticos y sesgos	95
6.3.	El papel de los sesgos cognitivos en el juego	95
6.3.1.	Distinción entre juego de azar y de habilidad: un paso previo	96

6.3.2.	Habilidad, azar y suerte	97
6.3.3.	Causas de los resultados: ¿azar, suerte o habilidad?	98
	Ilusión de control: factores que favorecen su aparición	100
	Evaluación sesgada de los resultados	103
	Las decisiones del jugador: un continuo enmarañamiento	104
6.4.	Conclusiones sobre los factores explicativos del juego patológico	105
7.	MODELOS EXPLICATIVOS	109
7.1.	Modelos de estados de necesidad (need-state models)	113
7.1.1.	Un estado de estrés crónico: Teoría de Jacobs	113
7.1.2.	Un estado de depresión crónica: Teoría de McCormick y Ramírez	114
7.2.	Modelos de arousal	116
7.2.1.	Búsqueda del nivel óptimo de arousal: Teoría de la reversión de Brown ...	116
7.2.2.	Un combinado de arousal, estados de ánimo y cogniciones: Teoría de Dickerson y Adcock	119
7.3.	Sesgos cognitivos y activación fisiológica: una posible interacción. Teoría de Sharpe y Tarrier	120
7.4.	Modelos sociológicos	122
7.4.1.	Los macro y micro niveles de la realidad del jugador: Modelo de Abt, McGurrian y Smith	122
7.4.2.	La intención de jugar: Teoría de la acción razonada de Cummings y Corney	124
7.4.3.	El local de juego versus la sociedad exterior: Teoría de Ocean y Smith	126
7.4.4.	El estilo de vida: Teoría de Walters	127
7.5.	Conclusiones sobre los modelos teóricos	130
INTERVENCIÓN		
8.	TRATAMIENTO	135
8.1.	Tratamientos	137
8.1.1.	Grupos de autoayuda	137
8.1.2.	Terapia farmacológica	139
8.1.3.	Técnicas aversivas	140
8.1.4.	Técnicas de exposición	141
	Desensibilización Sistemática	141
	Exposición con prevención de respuesta	142
8.1.5.	Terapia cognitiva	143
8.1.6.	Otros procedimientos específicos	144
	Terapia de grupo	144
	Técnicas de autocontrol para las conductas de juego	145

8.1.7.	Programas multicomponentes	145
	Programas aplicados en régimen de internamiento	146
	Programas aplicados en régimen ambulatorio	148
8.1.8.	Programas autoaplicados	152
8.2.	Conclusiones acerca de los estudios sobre tratamiento	157
8.3.	Variables predictoras de abandonos y recaídas	158
9.	PREVENCIÓN	165

PARTE EMPÍRICA

10.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	173
10.1.	Introducción	173
10.2.	Objetivos	174
10.3.	Hipótesis	176
11.	MÉTODO	179
11.1.	Sujetos	179
11.2.	Aparatos	179
11.2.1.	Aparatos empleados en la evaluación psicofisiológica	179
11.2.2.	Aparatos empleados en la evaluación de las distorsiones cognitivas en situación de juego	181
11.3.	Materiales	181
11.3.1.	Entrevista	181
11.3.2.	Autorregistro de la conducta de juego	184
11.3.3.	Instrumentos de autoinforme	184
	Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1991)	185
	Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996)	185
	Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987)	186
	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	186
	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	188
	Material empleado en la evaluación psicofisiológica	188
11.3.4.	Material utilizado en el tratamiento	188
	Terapia cognitiva	189
	Exposición en vivo con prevención de respuesta	189
	Entrenamiento en solución de problemas	189
11.4.	Diseño experimental	190
11.4.1.	Variable independiente	190
11.4.2.	Variables dependientes	190
	Resultado de la intervención	191
	Conducta de juego	192

Activación psicofisiológica	192
Distorsiones cognitivas	193
Conductas motoras durante el juego	194
Variables de adaptación y sintomatología concomitante	196
11.4.3. Variables extrañas o contaminadoras	196
Asignación de los sujetos a los grupos experimentales	196
Terapeuta	196
Ubicación de las sesiones clínicas	197
11.5. Procedimiento	197
11.5.1. Captación de los sujetos	197
11.5.2. Inclusión/exclusión de los sujetos en el experimento	197
11.5.3. Evaluación pretratamiento	199
Aplicación de los instrumentos de autoinforme	200
Evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas en situación de juego	200
11.5.4. Tratamiento	201
11.5.5. Evaluación postratamiento	203
Aplicación de los instrumentos de autoinforme	203
Evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas en situación de juego	204
11.5.6. Seguimiento	204
12. RESULTADOS	205
12.1. Descripción de la muestra	205
12.1.1. Variables sociodemográficas	205
Sexo y edad	205
Clase social subjetiva	205
Nivel de estudios	206
Situación laboral	206
Estado civil	206
Número de hijos	206
Fuente que remite	209
12.1.2. Variables de diagnóstico	210
Juego patológico	210
Trastornos del estado de ánimo	214
12.1.3. Variables de consumo de sustancias	215
12.1.4. Variables de la historia de juego	217
12.1.5. Variables dependientes	224
Conducta de juego	224
Activación psicofisiológica	225
Distorsiones cognitivas	227
Conductas motoras durante el juego	232
Variables de adaptación y sintomatología concomitante	236
12.2. Eficacia del tratamiento	237
12.2.1. Estudio de la homogeneidad de los grupos	237

12.2.2.	Estudio de la eficacia del tratamiento	239
Resultado de la intervención		239
Conducta de juego		247
Activación psicofisiológica		256
Distorsiones cognitivas		265
Conductas motoras durante el juego		276
Variables de adaptación y sintomatología concomitante		282
12.2.3.	Estudio de factores predictores	288
12.3.	Contraste de hipótesis	300
13.	DISCUSIÓN	311
13.1.	Descripción de la muestra	311
13.2.	Eficacia del tratamiento	315
13.2.1.	Programa de tratamiento	315
13.2.2.	Activación psicofisiológica	319
13.2.3.	Distorsiones cognitivas	321
13.2.4.	Factores predictores	326
13.3.	Consideraciones prácticas	327
13.4.	Directrices futuras	330
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	333
	ANEXOS	355
Anexo A.	Instrumentos de screening del juego patológico	357
Anexo B.	Resumen de estudios sobre variables de personalidad en jugadores	373
Anexo C.	Resumen de estudios sobre distorsiones cognitivas en situación de juego de azar	381
Anexo D.	Protocolo de evaluación	393
Anexo E.	Protocolo de tratamiento	435
Anexo F.	Esquema de sesiones del programa de intervención	499
Anexo G.	Transcripción de las verbalizaciones emitidas por un sujeto durante el período de juego en situación artificial pre y postratamiento	513

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.	Clasificación propuesta por Kusyszyn (1978)	8
Tabla 1.2.	Clasificación propuesta por Bombín (1992a)	12
Tabla 2.1.	Actividades ilegales y fraudes civiles cometidos por jugadores patológicos	20
Tabla 3.1.	Criterios diagnósticos del juego patológico (A.P.A.)	26
Tabla 4.1.	Juegos legales en España (a nivel nacional)	30
Tabla 4.2.	Importe de cantidades jugadas en España desde 1980 a 1998	31
Tabla 4.3.	Estudios de prevalencia del juego patológico en adultos	33
Tabla 4.4.	Estudios de prevalencia del juego patológico en adultos (España)	34
Tabla 4.5.	Instrumentos de screening del juego patológico	36
Tabla 4.6.	Tasas de prevalencia en muestras especiales	37
Tabla 4.7.	Perfil sociodemográfico de los jugadores problema y patológicos	38
Tabla 4.8.	Perfil sociodemográfico de los jugadores patológicos en tratamiento	39
Tabla 4.9.	Características sociodemográficas de jugadores patológicos en programas de tratamiento específicos	39
Tabla 4.10.	Características sociodemográficas de los jugadores patológicos. Estudios realizados en España	40
Tabla 4.11.	Características sociodemográficas de los jugadores patológicos en tratamiento. Estudios realizados en España	40
Tabla 4.12.	Resumen de los estudios sobre hábitos de juego en adolescentes	42
Tabla 4.13.	Estudios sobre prevalencia del juego patológico en niños, adolescentes y universitarios	44
Tabla 4.14.	Conductas para la obtención de dinero con el que jugar	46
Tabla 4.15.	Conductas para la obtención de dinero con el que jugar: jugadores sociales versus jugadores patológicos	46
Tabla 4.16.	Resumen de los estudios sobre máquinas tragaperras en Reino Unido	52
Tabla 4.17.	Distribución de los usuarios de máquinas recreativas con premio en salas recreativas	54
Tabla 4.18.	Estudios sobre el tiempo invertido en jugar con videojuegos	58
Tabla 4.19.	Lugar de juego por sexo y grupo de edad	61
Tabla 4.20.	Tiempo invertido en jugar a los videojuegos en casa, fuera de casa y/o a las máquinas recreativas con premio	61

Tabla 5.1.	Porcentaje de padres de jugadores patológicos que padecen problemas de juego y alcohol	68
Tabla 5.2.	Porcentaje de hijos de jugadores patológicos que padecen problemas de juego y alcohol	68
Tabla 5.3.	Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: extroversión	70
Tabla 5.4.	Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: neuroticismo	71
Tabla 5.5.	Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: locus de control	72
Tabla 5.6.	Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: búsqueda de sensaciones . . .	73
Tabla 5.7.	Estudios sobre factores biológicos implicados en el juego patológico: actividad hemisférica	76
Tabla 5.8.	Estudios sobre factores biológicos implicados en el juego patológico: niveles de monoaminas	78
Tabla 5.9.	Estudios sobre activación psicofisiológica en situación de juego	81
Tabla 6.1.	Heurísticos y sesgos característicos en los juegos de azar	93
Tabla 7.1.	Comparación de los criterios del DSM-III-R para dependencia de sustancias y juego patológico	110
Tabla 7.2.	Comparación de los criterios del DSM-IV para dependencia de sustancias y juego patológico	111
Tabla 8.1.	Situaciones que provocan recaídas en las adicciones. Estudio de Cummings et al. (1980)	159
Tabla 8.2.	Resumen de los estudios sobre tratamiento del juego patológico	161
Tabla 11.1.	Características sociodemográficas de la muestra	180
Tabla 11.2.	Estructura y contenido de la entrevista	183
Tabla 11.3.	Ítems del Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996)	187
Tabla 11.4.	Secuencia de las técnicas utilizadas en los programas de tratamiento	203
Tabla 12.1.	Criterios diagnósticos DSM-IV de juego patológico: porcentaje de la muestra que cumple cada síntoma	210
Tabla 12.2.	Media, desviación típica y rango de las principales variables de la historia de juego (muestra completa)	217
Tabla 12.3.	Media, desviación típica y rango de las principales variables de la historia de juego (muestra varones/mujeres)	217
Tabla 12.4.	Parámetros de la conducta de juego en las máquinas recreativas con premio (muestra completa)	224
Tabla 12.5.	Parámetros de la conducta de juego en las máquinas recreativas con premio (muestra varones/mujeres)	224
Tabla 12.6.	Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Pensamientos	228
Tabla 12.7.	Análisis factorial (solución sobre tres factores)	229
Tabla 12.8.	Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios	236
Tabla 12.9.	ANOVA intergrupo: Variables demográficas, de diagnóstico e historia de juego relevantes	237

Tabla 12.10.	<i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Variables de la historia de juego relevantes	237
Tabla 12.11.	ANOVA intergrupo: Variables dependientes	238
Tabla 12.12.	<i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Variables dependientes	239
Tabla 12.13.	<i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Resultado final	240
Tabla 12.14.	<i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Seguimiento (abstinencia versus recaída)	242
Tabla 12.15.	Porcentaje de abandono en los grupos experimentales	245
Tabla 12.16.	Frecuencia de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)	249
Tabla 12.17.	Gasto de dinero en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)	250
Tabla 12.18.	Tiempo invertido en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)	251
Tabla 12.19.	Frecuencia: número de veces que se juega a las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)	252
Tabla 12.20.	Gasto de dinero: dinero que se juega en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)	252
Tabla 12.21.	Frecuencia: número de veces que se juega a las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango). Comparaciones entre grupos	253
Tabla 12.22.	Gasto de dinero: dinero que se juega en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango). Comparaciones entre grupos	254
Tabla 12.23.	Prueba <i>t</i> : Respuesta electrodérmica (SCL). Comparación línea-base/periodo de juego	257
Tabla 12.24.	Prueba <i>t</i> : Tasa cardíaca (HR). Comparación línea-base/periodo de juego	258
Tabla 12.25.	Prueba <i>t</i> : Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) y en la tasa cardíaca (HR). Comparación sesiones psicofisiológicas pre/post en función del grupo experimental	259
Tabla 12.26.	ANOVA: Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL)	260
Tabla 12.27.	ANOVA: Cambio en la tasa cardíaca (HR)	260
Tabla 12.28.	ANOVA: Estado de ánimo durante el juego	263
Tabla 12.29.	ANOVA: Sensación que provoca el estado de ánimo	263
Tabla 12.30.	Prueba <i>t</i> : Distorsiones cognitivas. Comparación pre/post en función del grupo experimental	265
Tabla 12.31.	ANOVA: Distorsiones cognitivas (observación)	268
Tabla 12.32.	ANOVA: Distorsiones cognitivas (inventario de pensamientos)	271
Tabla 12.33.	ANOVA: Distorsiones cognitivas (escalas tipo Likert)	274
Tabla 12.34.	<i>Ji</i> -cuadrado y McNemar: Recoger monedas y aceptar el dinero	280
Tabla 12.35.	ANOVA: Escala de Adaptación	283
Tabla 12.36.	ANOVA: BDI y STAI (A-E)	284
Tabla 12.37.	Resumen del estudio de la eficacia del tratamiento	291
Tabla 12.38.	Resumen del estudio de factores predictores: Resultado final	296
Tabla 12.39.	Resumen del estudio de factores predictores: Abandono	298
Tabla 12.40.	Resumen del estudio de factores predictores: Mentir sobre la conducta de juego a lo largo de la intervención	299

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1.	Relación entre los diferentes tipos de jugadores (Rosenthal, 1989)	13
Figura 1.2.	Sistema de filtro en la implicación en el juego (Walker, 1992a)	16
Figura 2.1.	Evolución del juego patológico y su recuperación (Custer, 1987)	19
Figura 4.1.	Modelo de las relaciones patológicas hombre-máquina (Brown, 1989)	60
Figura 7.1.	Modelo de McCormick y Ramírez (1987, 1988)	116
Figura 7.2.	Modelo de Brown (1988)	117
Figura 7.3.	Modelo de Dickerson y Adcock (1987)	119
Figura 7.4.	Modelo de Sharpe y Tarrier (1993)	121
Figura 7.5.	Modelo de Abt, McGurrin y Smith (1985)	124
Figura 7.6.	Modelo de Cummings y Corney (1987)	125
Figura 7.7.	Modelo de Ocean y Smith (1993)	127
Figura 7.8.	Modelo de Walters (1994)	129
Figura 11.1.	Cabinas experimentales Faraday	198
Figura 12.1.	Distribución de la muestra: Edad	207
Figura 12.2.	Distribución de la muestra: Clase social subjetiva	207
Figura 12.3.	Distribución de la muestra: Nivel de estudios	207
Figura 12.4.	Distribución de la muestra: Situación laboral	207
Figura 12.5.	Distribución de la muestra: Estado civil	207
Figura 12.6.	Distribución de la muestra: Número de hijos	207
Figura 12.7.	Distribución de la muestra: Fuente que remite	207
Figura 12.8.	Distribución de la muestra (varones): Edad	208
Figura 12.9.	Distribución de la muestra (mujeres): Edad	208
Figura 12.10.	Distribución de la muestra (varones): Clase social subjetiva	208
Figura 12.11.	Distribución de la muestra (mujeres): Clase social subjetiva	208
Figura 12.12.	Distribución de la muestra (varones): Nivel de estudios	208
Figura 12.13.	Distribución de la muestra (mujeres): Nivel de estudios	208
Figura 12.14.	Distribución de la muestra (varones): Situación laboral	208
Figura 12.15.	Distribución de la muestra (mujeres): Situación laboral	208
Figura 12.16.	Distribución de la muestra (varones): Estado civil	209
Figura 12.17.	Distribución de la muestra (mujeres): Estado civil	209

Figura 12.18.	Distribución de la muestra (varones): Número de hijos	209
Figura 12.19.	Distribución de la muestra (mujeres): Número de hijos	209
Figura 12.20.	Distribución de la muestra (varones): Fuente que remite	209
Figura 12.21.	Distribución de la muestra (mujeres): Fuente que remite	209
Figura 12.22.	Diagnóstico de juego patológico (DSM-IV): número de criterios	211
Figura 12.23.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 1	211
Figura 12.24.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 2	211
Figura 12.25.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 3	211
Figura 12.26.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 4	211
Figura 12.27.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 5	212
Figura 12.28.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 6	212
Figura 12.29.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 7	212
Figura 12.30.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 8	212
Figura 12.31.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 9	212
Figura 12.32.	Diagnóstico de juego patológico: Criterio 10	212
Figura 12.33.	Diagnóstico de juego patológico: medios para financiarse el juego	213
Figura 12.34.	Diagnóstico de trastornos del estado de ánimo	214
Figura 12.35.	Consumo de sustancias: alcohol, drogas ilegales y tabaco	215
Figura 12.36.	Consumo de sustancias ilegales (muestra completa)	215
Figura 12.37.	Consumo de sustancias ilegales (muestra varones)	216
Figura 12.38.	Consumo de sustancias ilegales (muestra mujeres)	216
Figura 12.39.	Tipo de tratamiento del juego patológico recibido con anterioridad	218
Figura 12.40.	Existencia de deudas	218
Figura 12.41.	Conocimiento del problema de juego en el entorno	219
Figura 12.42.	Acuden acompañados a consulta	219
Figura 12.43.	Participación en otros juegos (en el pasado)	220
Figura 12.44.	Obtención de premios importantes al comenzar a jugar a las máquinas recreativas con premio	220
Figura 12.45.	Motivos por los que se comenzó a jugar a las máquinas recreativas con premio	221
Figura 12.46.	Motivos por los que se continúa jugando a las máquinas recreativas con premio	221
Figura 12.47.	Antecedentes familiares: Juego	222
Figura 12.48.	Antecedentes familiares: Alcohol	222
Figura 12.49.	Antecedentes familiares: Drogas ilegales	222
Figura 12.50.	Antecedentes familiares: Psicopatología	222
Figura 12.51.	Antecedentes familiares (varones): Juego	223
Figura 12.52.	Antecedentes familiares (mujeres): Juego	223
Figura 12.53.	Antecedentes familiares (varones): Alcohol	223
Figura 12.54.	Antecedentes familiares (mujeres): Alcohol	223
Figura 12.55.	Antecedentes familiares (varones): Drogas ilegales	223
Figura 12.56.	Antecedentes familiares (mujeres): Drogas ilegales	223
Figura 12.57.	Antecedentes familiares (varones): Psicopatología	223
Figura 12.58.	Antecedentes familiares (mujeres): Psicopatología	223
Figura 12.59.	Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL): Diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica en μ mhos)	225

Figura 12.60.	Cambio en la tasa cardíaca (HR): Diferencia entre el periodo de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica en latidos por minuto)	225
Figura 12.61.	Estado de ánimo durante el juego en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica)	226
Figura 12.62.	Sensación que provoca el estado de ánimo en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica)	226
Figura 12.63.	Tasa de producción de frases irracionales en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica)	227
Figura 12.64.	Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica)	227
Figura 12.65.	Probabilidad subjetiva de ganar (en porcentaje) en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica)	230
Figura 12.66.	Porcentaje de los resultados atribuido al azar en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica)	231
Figura 12.67.	Porcentaje de los resultados atribuido a la suerte en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica)	231
Figura 12.68.	Porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica)	231
Figura 12.69.	Número de monedas que se introducen en la máquina	232
Figura 12.70.	Dedos que se utilizan para jugar	233
Figura 12.71.	Intensidad del golpe al dar a los botones	233
Figura 12.72.	Manejo de monedas	234
Figura 12.73.	Rodillos	234
Figura 12.74.	Otras conductas motoras	235
Figura 12.75.	Recoger monedas (muestra completa)	235
Figura 12.76.	Aceptar el dinero (muestra completa)	235
Figura 12.77.	Recoger monedas (muestra varones)	235
Figura 12.78.	Aceptar el dinero (muestra varones)	235
Figura 12.79.	Recoger monedas (muestra mujeres)	235
Figura 12.80.	Aceptar el dinero (muestra mujeres)	235
Figura 12.81.	Resultado final: comparaciones entre grupos	240
Figura 12.82.	Resultado final (desglosado): comparaciones entre grupos	241
Figura 12.83.	Resultado final (desglosado)	241
Figura 12.84.	Seguimiento 1 ^{er} mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos	243
Figura 12.85.	Seguimiento 3 ^{er} mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos	243
Figura 12.86.	Seguimiento 6 ^o mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos	243
Figura 12.87.	Seguimiento 9 ^o mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos	244
Figura 12.88.	Seguimiento 12 ^o mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos	244
Figura 12.89.	Seguimiento intrasujeto: abstinencia, caída y recaída	245
Figura 12.90.	Riesgo de abandono a lo largo del tratamiento y seguimiento: comparaciones entre grupos	246
Figura 12.91.	Comportamiento en consulta: comparaciones entre grupos	247
Figura 12.92.	Comportamiento en consulta	247
Figura 12.93.	Riesgo de jugar a lo largo del tratamiento y seguimiento: comparaciones entre grupos	255

Figura 12.94.	Riesgo de jugar y de abandono a lo largo del tratamiento y seguimiento	256
Figura 12.95.	Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL): diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica en μ mhos). Intergrupo	261
Figura 12.96.	Cambio en la tasa cardíaca (HR): diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica en latidos por minuto). Intergrupo	261
Figura 12.97.	Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) y en la tasa cardíaca (HR): diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica). Intrasujeto	262
Figura 12.98.	Estado de ánimo durante el juego en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica): intergrupo	264
Figura 12.99.	Sensación que provoca el estado de ánimo en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica): intergrupo	264
Figura 12.100.	Puntuación en las dos escalas tipo Likert para la medida subjetiva de activación pre y postratamiento (media y desviación típica): intrasujeto	264
Figura 12.101.	Tasa de producción de frases irracionales (media y desviación típica): intergrupo	269
Figura 12.102.	Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias (media y desviación típica): intergrupo	269
Figura 12.103.	Tasa de producción de frases irracionales y tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias (media y desviación típica): intrasujeto	270
Figura 12.104.	Puntuación en el Inventario de pensamientos (media y desviación típica): intrasujeto	271
Figura 12.105.	Puntuación en el Inventario de pensamientos (Factor 1) (media y desviación típica): intergrupo	272
Figura 12.106.	Puntuación en el Inventario de pensamientos (Factor 2) (media y desviación típica): intergrupo	272
Figura 12.107.	Puntuación en el Inventario de pensamientos (Factor 3) (media y desviación típica): intergrupo	272
Figura 12.108.	Probabilidad subjetiva de ganar y atribución de los resultados (en porcentaje) en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica): intrasujeto	273
Figura 12.109.	Probabilidad subjetiva de ganar (en porcentaje) en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica): intergrupo	275
Figura 12.110.	Porcentaje de los resultados atribuido al azar en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica): intergrupo	275
Figura 12.111.	Porcentaje de los resultados atribuido a la suerte en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica): intergrupo	275
Figura 12.112.	Porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica): intergrupo	275
Figura 12.113.	Número de monedas que se introducen en la máquina pre y postratamiento	276
Figura 12.114.	Dedos que se utilizan para jugar pre y postratamiento	276
Figura 12.115.	Intensidad del golpe al dar a los botones pre y postratamiento	277
Figura 12.116.	Manejo de monedas pre y postratamiento	277
Figura 12.117.	Acercarse a ver los rodillos pre y postratamiento	278
Figura 12.118.	Otras conductas motoras pre y postratamiento	278

Figura 12.119.	Recoger monedas: porcentaje de sujetos que recogen monedas en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intergrupo	281
Figura 12.120.	Recoger monedas: distribución en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intrasujeto	281
Figura 12.121.	Aceptar el dinero: porcentaje de sujetos que aceptan el dinero en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intergrupo	281
Figura 12.122.	Aceptar el dinero: distribución en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intrasujeto	281
Figura 12.123.	Puntuaciones en la Escala de Adaptación (media y desviación típica): intrasujeto	284
Figura 12.124.	Puntuación en la Escala de Adaptación (Trabajo) (media y desviación típica): intergrupo	285
Figura 12.125.	Puntuación en la Escala de Adaptación (Vida social) (media y desviación típica): intergrupo	285
Figura 12.126.	Puntuación en la Escala de Adaptación (Tiempo libre) (media y desviación típica): intergrupo	285
Figura 12.127.	Puntuación en la Escala de Adaptación (Relación de pareja) (media y desviación típica): intergrupo	286
Figura 12.128.	Puntuación en la Escala de Adaptación (Vida familiar) (media y desviación típica): intergrupo	286
Figura 12.129.	Puntuación en la Escala de Adaptación (Escala global) (media y desviación típica): intergrupo	286
Figura 12.130.	Puntuación en el BDI (media y desviación típica): intergrupo	287
Figura 12.131.	Puntuación en el BDI (media y desviación típica): intrasujeto	287
Figura 12.132.	Puntuación en el STAI (A-E) (media y desviación típica): intergrupo	287
Figura 12.133.	Puntuación en el STAI (A-E) (media y desviación típica): intrasujeto	287

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 4.1.	Perfiles de los jugadores de máquinas tragaperras jóvenes (Fisher y Bellringer, 1997)	55
Cuadro 4.2.	Clasificación de los videojuegos según su contenido y habilidades necesarias para su juego (Estallo, 1995)	56
Cuadro 8.1.	Protocolo de las sesiones de control de estímulos y exposición con prevención de respuesta (Echeburúa y Báez, 1994b)	153
Cuadro 8.2.	Protocolo de las sesiones de terapia de grupo cognitivo-conductual (Echeburúa y Báez, 1994b)	154
Cuadro 11.1.	Descripción de la máquina recreativa «El dado de oro»	182
Cuadro 11.2.	Criterios de inclusión/exclusión de los sujetos en el experimento	199
Cuadro 11.3.	Esquema de las sesiones de evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas	202

AGRADECIMIENTOS

Cuando cursaba primero de carrera tuve la ocasión de acudir a un ciclo de conferencias, de todas ellas sólo puedo recordar una en la que se exponía la intervención en un caso de calambre del escribiente; era un tratamiento conductual, aunque por aquella época probablemente no conocía ni el término. Años más tarde, fui alumna de aquel profesor que había suscitado mi interés por la consabida Modificación de Conducta. Había desarrollado la tarea, quizás, más difícil como docente: despertar el interés por una parcela de conocimiento. No obstante, al finalizar la carrera, ese mismo profesor me propuso lo que ha constituido, con sumo agrado, mi máxima dedicación en los últimos años; había cumplido con la otra gran labor como docente: orientar al alumno. Como no podía ser de otra manera, me estoy refiriendo a Francisco J. Labrador que, durante toda esta etapa en la que ha desempeñado la función de director de esta investigación, ha tenido el acierto de combinar en su justa medida la libertad necesaria y el asesoramiento y respaldo constantes para que en ningún momento dejara de ser un trabajo con el que poder disfrutar, y para el que sólo puedo tener palabras de agradecimiento.

Durante la carrera no tuve la oportunidad de tener a Rosario Martínez Arias como profesora, por ello cuando realizaba los cursos de Doctorado no quise desaprovechar esa ocasión y constatar así su gran capacidad de hacer sencillo lo complejo. Desde entonces he tenido la fortuna de contar en todo momento con su conocimiento, dedicación, amabilidad y apoyo; suscitando mi deleite con el análisis de datos.

Asimismo he recibido la inestimable ayuda de Alfonso Salgado en ese primer, y temido, acercamiento a los números; disponiendo además del interés, el tiempo y el entusiasmo contagioso de quien disfruta realmente con lo que hace y cuya capacidad para reforzar el trabajo de los demás no tiene límites.

Son muchas las personas cuya colaboración ha sido imprescindible en el largo proceso de elaboración de esta tesis. La cesión de Recreativos Franco de dos máquinas tragaperras constituyó el empuje necesario para comenzar esta investigación tal y como había sido concebida en el diseño original; agradeciendo por ello el interés de Ángel Ignacio Lafuente, por entonces Director de Relaciones Públicas, Prensa y Publicidad de la empresa, así como la eficacia y celeridad del Servicio Técnico en todas y cada una de las ocasiones en que fue precisa su asistencia. Una vez que se disponía de las máquinas, pude contar con la experiencia de Santiago Climent, Víctor García Gil, José M. Florez de Uria y Juan José Pinero, técnicos especialistas del laboratorio, para la instalación y acondicionamiento de las cabinas Faraday donde se iba a desarrollar el experimento; durante todo el proceso de recogida de datos, y también después, he recibido su atenta colaboración, agradeciéndoles a todos ellos los múltiples "cables que me han echado". Ya estaba todo dispuesto para comenzar, sólo faltaban los sujetos, y en este sentido debo agradecer a todas las instituciones y organizaciones que han colaborado con este estudio y a los pacientes que acudieron al programa de tratamiento, la confianza depositada. Y muy especialmente a AMAJER, en primer lugar porque me permitieron acudir de forma continuada a sus reuniones, proporcionándome un primer acercamiento al mundo del juego y sus jugadores, y en segundo lugar porque sin su colaboración difícilmente se hubiera alcanzado el tamaño muestral deseado. Aunque es tradición de estas asociaciones de autoayuda el anonimato de sus

miembros, para mí ninguna de estas personas puede ser anónima; especialmente Mariano Carnicero, cuyo interés y apoyo manifiesto a esta investigación, junto con su amena conversación hicieron del tiempo pasado en AMAJER un grato recuerdo. Los pacientes comenzaron a llamar, y en esa labor imprescindible de atención a los mismos tuve la inmensa suerte de poder contar con Ana I. García Tornero y Pilar Rodríguez, en la fase de apogeo, y con M^a Isabel Ladera y M^a Carmen Márquez, en la fase final; que añadieron a sus múltiples ocupaciones, una más, realizándola con un mimo especial y, sobre todo, animándome constantemente ante las dificultades que me encontraba en el camino. Sin su colaboración continuada a lo largo del tiempo, este proyecto hubiera sido inviable; por este motivo y por la amistad que me brindan quiero destacar y agradecer toda su contribución.

Asimismo quisiera agradecer a María Crespo la ayuda que me proporcionó en el diseño y programación de la evaluación psicofisiológica, la aportación constante de sugerentes ideas y su interés en todo momento por la evolución de la investigación. A Iván Herranz por el tiempo que dedicó a enseñarme a manejar el programa J&J. A Luis Llavona por ponerme en contacto con María Prieto, lo que me permitió intercambiar opiniones sobre el tema y a quien agradezco el material que generosamente me ofreció. A Olga Fernández Sastrón, Emma García Mendoza, Gema Rubio Herranz y Beatriz Ruiz González que con suma paciencia y mucha dedicación fueron unos jueces independientes ejemplares. A los servicios de préstamo interbibliotecario e informático por la labor desempeñada y el trato recibido. Y a Juan Antonio Cruzado, M^a Paz García Vera, José Luis Graña y M^a Luisa de la Puente por sus reiteradas muestras de interés y afecto; así como al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I.

Y por último, pero un apoyo tan valioso como imprescindible, a mi familia por el tiempo que me ha dedicado y al que no he podido corresponder; especialmente a mi hermano Javier por proporcionarme el soporte informático y solucionarme los múltiples problemas que fueron surgiendo y a Gorka por las horas dedicadas a la traducción de los artículos en francés y su paciencia a lo largo de todo este tiempo.

Sin duda, los hados me han sido favorables. Muchas gracias a todos.

PRÓLOGO

Si nos pidieran ejemplos de juegos no vacilaríamos ni un momento en dar un listado interminable; sin embargo, si nos solicitasen una definición de la palabra juego, tan sólo una, la tarea se complicaría extraordinariamente. Resulta evidente para todos cuándo una persona está jugando, tarea más ardua es la de definir dicha actividad.

Partamos de la definición que propone Huizinga (1954) de tal concepto: "el juego es una acción o ocupación libre, que se desarrolla dentro de unos límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias, aunque libremente aceptadas, acción que tiene su fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la conciencia de «ser de otro modo» que en la vida corriente. Definido de esta suerte, el concepto parece adecuado para comprender todo lo que denominamos juego en los animales, en los niños y en los adultos: juegos de fuerza y habilidad, juegos de cálculo y de azar, exhibiciones y representaciones. Esta categoría, juego, parece que puede ser considerada como uno de los elementos espirituales más fundamentales de la vida." (pp.43-44).

Un vistazo, aún cuando éste sea fugaz, por la Historia de la Humanidad permite afirmar que el juego, tal como lo define Huizinga, ha acompañado siempre al hombre en este viaje por su propia existencia y que no lo ha hecho precisamente en un vagón de segunda.

Desde las cavernas hasta la actualidad se encuentran vestigios de esta actividad que conlleva, al menos, dos aspectos particularmente interesantes para las personas (Ochoa y Labrador, 1994), a saber: (1) servir de procedimiento que permite y facilita el aprendizaje de múltiples conductas en condiciones poco traumáticas, con altas probabilidades de éxito y muy motivadoras; (2) servir como actividad para entretener o disfrutar de determinados periodos de tiempo, durante los cuales se considera que se está realizando una actividad que produce placer.

Se puede afirmar, sin necesidad de examinar en profundidad las huellas que a su paso ha ido dejando el juego, que filogenéticamente esta actividad ha sufrido una gran evolución. Un cambio que también se observa a nivel ontogénico, así que del astrágalo a las máquinas recreativas la humanidad ha dado una gran zancada que, de alguna manera, refleja la suma de pasos que hay entre los juegos infantiles y los realizados de adulto. Se puede, incluso, establecer una analogía más, y es que del mismo modo que ciertos juegos resultaron útiles para la supervivencia de la especie, las actividades de juego desarrolladas en la infancia,

y que ocupan la mayor parte de tan añorada etapa, son el vehículo que va a posibilitar el aprendizaje de múltiples conductas que serán de gran utilidad en etapas posteriores de la vida.

Civilizaciones occidentales y orientales, nobles y plebeyos, reyes y esclavos, famosos y anónimos, cultos e ignorantes, jóvenes y ancianos, burócratas y poetas... para el juego jamás han existido fronteras; más bien ha sido el hombre el que, desde la civilización faraónica, ha intentado limitar su influjo a través de prohibiciones de diversa índole (López y Ortega, 1982). La reciente y difundida legalización de loterías y otros juegos de azar no es un signo que refleje el reconocimiento de la intransigencia de aquellas prohibiciones, sino más bien la necesidad de financiar el súbito incremento de los gastos gubernamentales (Brenner y Brenner, 1990).

Es el momento de establecer alguna distinción entre los distintos tipos de juegos y para esta labor resulta imprescindible volver la vista atrás. Se ha especulado que los primeros juegos tuvieron una raíz competitiva, en los que el factor habilidad cumpliría un papel fundamental. Los juegos-apuesta se dice que surgieron por mimetismo ante estas pruebas naturales, los más débiles realizarían competiciones en las que el factor clave no era la habilidad sino el azar. El ganador ya no era el que cazaba más piezas o lanzaba una piedra más lejos sino el que acertaba de qué lado caería una concha o un guijarro lanzados (López y Ortega, 1982). Otros autores (Ochoa y Labrador, 1994) presuponen que ese carácter desinteresado o carente de finalidad que propone Huizinga no es ilimitado, de manera que las conductas de riesgo que implicaban esos juegos competitivos comenzaron a emitirse a cambio de reconocimiento social o de algún bien material. Con la aparición del dinero, éste se convirtió en uno de los alicientes para realizar esas conductas de riesgo; el paso del tiempo hará que dicho riesgo económico sustituya al riesgo físico.

Sea como fuere, y a pesar de la carencia de un término específico en castellano, lo cierto es que se pueden establecer dos categorías de juegos: el juego como pasatiempo en sí mismo (*play*) y el juego como procedimiento para arriesgar algún bien (*gambling*) (Ochoa y Labrador, 1994). Ambas categorías cumplen sobradamente con el objetivo lúdico del esparcimiento, pero ha sido el segundo el que ha sufrido, a lo largo de la historia, la ambivalencia moral no sólo por parte de las diferentes religiones sino también de la opinión pública; siendo difícil encontrar una sociedad o un individuo que mantenga un punto de vista consistente a favor o en contra del juego. Esto queda ilustrado en el *Libro de los Juegos* de Alfonso X el Sabio, en el cual se postula que la razón moral para la existencia del juego es el proyecto de Dios de dar a los hombres toda clase de alegrías para que sobrelleven penas y trabajos, y los juegos proporcionan cumplidamente tal alegría. El estudioso monarca se refería al espíritu lúdico en general y no al juego por interés, ya que lo más habitual era que el juego-apuesta fuera penalizado. Su transformación en instrumento económico del poder a partir del siglo XVII no impedirá una historia paralela de estigmas, maldiciones, y censuras (López y Ortega, 1982).

¿Y cuál es el por qué de todos estos anatemas? Lo más probable es que no exista una sólo razón, y en cualquier caso, las posibles causas han debido ir variando o modificando su relevancia a lo largo de los siglos. Del dato objetivo de la prohibición pública del juego al mismo tiempo que su práctica, a veces desbordante, por parte de élites y gobernantes, se podría inferir que el juego se asociaba a holgazanería y que, por tanto, a través de estas penalizaciones se intentaba limitar dicha conducta; así por ejemplo, durante el Imperio Romano, el término *aleator* (jugador) se utilizaba como insulto. Apelar a la suerte más que a la ley de Dios le acarreó al juego la censura de las distintas religiones, aún cuando existen diferencias en el grado de aceptación del mismo. La codicia: uno de los siete pecados capitales, la apuesta de reinos a los dados, los tahúres, la aparición en escena de la Mafia y, en definitiva, el ambiente que ha rodeado a esta

actividad o suele asociarse tradicionalmente con ella, ha contribuido, sin duda, a la leyenda negra del juego (López y Ortega, 1982; Dickerson, 1984).

Pero, quizá, lo que más ha favorecido su apelativo moral de «vicio» ha sido la acumulación de anécdotas que reflejan las consecuencias más negativas de un juego descontrolado, siempre retocadas con el pincel del pintor, la pluma del escritor o la cámara, en nuestros días, del cineasta. Así en *El Jardín de las Delicias* de El Bosco no faltan los dados, a *Don Juan* no le falta la afición al juego y en el *Casino* de Scorsese no falta la Mafia para parecer más jugadores, más pecadores, en definitiva, más viciosos.

"Un gran número de personas está dispuesto a arriesgar su dinero en el resultado de algún evento impredecible. Esto ha sido así desde el origen de la civilización" (Fleming, 1978, p. 1). Es este tipo de juego, el que implica un riesgo económico, el gran acusado de los tribunales históricos e, independientemente del resultado del veredicto y de si este juicio que se prolonga en la Historia es justo o no, resulta evidente que el citado juego es más factible de favorecer la aparición de conductas problemáticas.

Rastreando el origen de la palabra *felicidad* uno se encuentra inequívocamente con el vocablo *fortuna*, cuya relación no parece fortuita, pues la suerte favorable parece que ayuda a la consecución de ese estado de ánimo llamado felicidad. Además la palabra *fortuna* también hace alusión a los bienes poseídos, de manera que se podría afirmar que, a pesar del refrán, el dinero contribuye a ser feliz, dichoso, afortunado. Y en tan pocas líneas quedan entrelazadas las palabras felicidad, suerte y dinero, que son los pilares en los que se sustenta este tipo de juego. Pero hay un punto en el que tan incierto equilibrio se quiebra, y como un malabarista cuyas bolas dejan de moverse en armonía para comenzar sin previo aviso a rodar desordenadamente, al jugador la fortuna se le toma ruina, la suerte desgracia y la felicidad angustia.

Aún eliminando de la memoria las anécdotas dramáticas asociadas a la imagen del jugador y atendiendo, por tanto, exclusivamente a los datos epidemiológicos se puede decir que el juego, sinónimo de placer y fortuna, puede suscitar un trastorno digno de mención y consideración.

¿Cómo se puede explicar que se pierda el dinero, propio y ajeno, amén del tiempo, el trabajo, la familia y los amigos, en una actividad a la que el jugador le ha dedicado el tiempo suficiente para comprobar que a la larga se acaba siempre perdiendo? Ésta es la pregunta clave, semilla del trabajo que está por comenzar, pero al igual que un buen jugador jamás descubriría sus cartas el primero, permítanme no adelantar acontecimientos y repetir la frase que pronunció Julio César antes de emprender la guerra: "*Alea iacta est*" (la suerte está echada).

PARTE TEÓRICA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

1

TIPOLOGÍAS DE LOS JUGADORES

"Cuando era joven, la gente decía que era un jugador. Cuando la escala de mis operaciones aumentó, llegué a ser conocido como un especulador. Ahora me llaman banquero. Pero yo he estado haciendo la misma cosa todo el tiempo" (Sir Ernest Cassel, banquero privado de Eduardo VII)

No sólo existen distintos tipos de juegos sino también distintos tipos de jugadores, pues, por desgracia, no todos mantienen una relación adaptativa con el juego y, por suerte, no todos desarrollan conductas patológicas en relación con esta actividad. Con el fin de diferenciar unos jugadores de otros se han desarrollado múltiples clasificaciones utilizando un sinfín de términos.

1.1. TIPOLOGÍAS DE LOS AÑOS '50-'70

Uno de los primeros autores en elaborar una clasificación de los jugadores fue Bergler (1957), que propuso la siguiente tipología:

El jugador clásico

La neurosis del jugador clásico se centra en la omnipotencia infantil y su elaboración masoquista. Aparentemente quiere ganar cuando juega, pero inconscientemente permanece insatisfecho a menos que reciba su "dosis diaria de injusticia".

El jugador pasivo-femenino

Manifiesta las mismas características que el jugador clásico con el añadido de una identificación femenina inconsciente. Esta identificación le permite disfrutar de la sensación de ser irresistible, poderoso.

El jugador pseudosuperior defensivo

La estructura psíquica de este jugador está basada no en una sumisión propia sino en una defensa contra el deseo de ser poderoso.

El jugador motivado por una culpa inconsciente

Una culpa interior originada por el masoquismo psíquico se muda en fantasías masturbatorias que tienen un contenido edípico.

El jugador impasible

Este tipo de jugador sólo existe en la imaginación de aquellos a los que les gustaría aparecer imparciales, desprendidos.

La mujer jugadora

Si los cinco tipos anteriores se referían al jugador varón, Bergler reserva una categoría para las mujeres jugadoras a las que considera un reflejo del jugador clásico con adornos histéricos.

Sin duda, esta clasificación no sólo no aclara nada con respecto a las diferencias entre los diversos jugadores sino que complica, aún más, el acercamiento a dicha temática. Su inclusión en este apartado se debe únicamente a un reconocimiento histórico, pues este autor fue uno de los primeros en dar relevancia al tópico del juego desde una perspectiva clínica (Becoña et al., 1993), y al aspecto anecdótico de relacionar al Don Juan con el tipo pseudosuperior defensivo e incluir a Fiedor Dostoyevski en el pasivo-femenino.

Al igual que Bergler, Moran (1970) establece una clasificación exclusivamente de los jugadores patológicos, a los que divide en las siguientes variedades:

Variedad subcultural

El juego se entiende en términos del contexto social del individuo. Si no se juega en un ambiente en que todos lo hacen uno se siente marginado y, por tanto, acaba cediendo a la presión social; aunque, según el autor, las características individuales van a determinar, en parte, que el juego llegue a ser patológico.

Variedad neurótica

En este caso el juego es una actividad que contribuye a aliviar la tensión provocada por situaciones estresantes o problemas emocionales.

Variedad impulsiva

El juego está asociado a una pérdida de control y a una cierta ambivalencia hacia esta actividad: llega a ser temida a la vez que irresistible. Moran afirma que esta variedad es la que tiene peores consecuencias a nivel social y económico.

Variedad psicopática

El juego patológico forma parte de la alteración global que caracteriza al trastorno psicopático.

Variedad sintomática

El juego patológico está asociado a un trastorno psicológico primario y, por tanto, es uno más de los síntomas característicos de dicha enfermedad mental.

Indica el autor que estas cinco categorías no son mutuamente excluyentes, pudiéndose presentar características de más de una variedad, siendo, por tanto, el rasgo predominante el que determine en qué categoría es incluido. La distribución de la muestra de 50 sujetos de que disponía Moran fue la siguiente: un 14% pertenecía a la variedad subcultural, un 34% a la neurótica, el 18% eran jugadores impulsivos, el 24% psicopáticos y el 10% restantes sintomáticos.

Como se ha indicado anteriormente, los citados autores se centran únicamente en el jugador patológico o compulsivo, pero resulta obvio que no todo acercamiento a los juegos de azar va a tener un carácter patológico. Será Kusyszyn (1972) el que establezca, al menos, cuatro categorías más de jugadores, a saber:

El jugador social

El juego es una actividad social fundamentalmente de fin de semana. Se estima que entre un 80% y un 90% de los jugadores se dedican a esta actividad ocasionalmente, también llamados jugadores ocasionales por otros autores (Scott, 1968 y Morehead, 1968; citados en Kusyszyn, 1972).

El tramposo

Generalmente es un jugador de cartas, especializado en *poker* y *bridge*, y ocasionalmente puede ser un profesional que viva de hacer trampas en estos juegos. Parece ser que esta categoría era más común antiguamente cuando los métodos no ortodoxos eran menos conocidos.

El adicto afortunado

Ha sido descrito como una persona excesivamente ambiciosa con ideas exageradas de éxito combinadas con una tendencia a trabajar, también, en exceso. Parece ser que este tipo es muy común en el mundo de los negocios, en el que se sentirían aburridos ante la ausencia de un nuevo negocio excitante.

El jugador profesional

Ante la falta de datos científicos, el autor analiza dos personajes dedicados al juego, *Nick El Griego* y *Pittsburgh Phil*, para extraer las características típicas del jugador profesional:

- Poseen una memoria excelente, incluso, fotográfica.
- Se puede decir de ellos que son filósofos amateur.
- Disponen de una gran concentración, ponen toda su atención en la tarea que tienen entre manos.
- Llevan una vida recta, a pesar de la mala fama, y es que como decía Pittsburgh Phil "los jugadores que ganan de forma consistente a los caballos son hombres con unos hábitos de vida moderados" (Kusyszyn, 1972, p. 389); aunque puedan desbocarse en una partida de cartas.

- Son implacablemente serios y lógicos en su acercamiento al juego y a la vida en general. Como solía decir Nick El Griego "las supersticiones son para los salvajes del África más ignorante" (Kusyszyn, 1972, p. 390). Tienen la habilidad de saber estimar la probabilidad de ocurrencia de un evento.
- Exhiben una disciplina sobrehumana, ni se excitan cuando ganan ni se deprimen cuando pierden.
- Evitan cualquier tipo de publicidad.
- Tienen una gran confianza en sí mismos.
- Mantienen un registro de todo lo que apuestan así como de lo que pierden.

El jugador compulsivo (El Perdedor)

La característica fundamental del jugador compulsivo es su falta de auto-control que le lleva, a diferencia del jugador profesional, a perder todo su dinero y a veces, incluso, a sumergirse en un mar de deudas. Y es que el jugador compulsivo se imagina un mundo de ensueño lleno de cosas que conseguirá en cuanto le toque el gran premio.

Este mismo autor, en 1978, propone una clasificación más amplia y compleja que atiende a factores tales como las ganancias o pérdidas, el tiempo dedicado al juego, la existencia de personas afectadas por esta actividad y cómo se sienten por su conducta de juego. De la combinación de estos cuatro factores surgen dieciséis tipos de jugadores (ver Tabla 1.1.).

TABLA 1.1. Clasificación propuesta por Kusyszyn (1978)

Ganador Perdedor	Dinero	Tiempo	Personas afectadas	Se sienten con el juego
Profesional	Gana	Mucho	No	Bien
Profesional infeliz	Gana	Mucho	No	Mal
Profesional molesto	Gana	Mucho	Sí	Bien
Profesional molesto e infeliz	Gana	Mucho	Sí	Mal
De lotería, ganador feliz	Gana	Poco	No	Bien
De lotería, ganador e infeliz	Gana	Poco	No	Mal
De lotería, ganador y molesto	Gana	Poco	Sí	Bien
De lotería, ganador, molesto e infeliz	Gana	Poco	Sí	Mal
Aficionado a los deportes, feliz	Pierde	Mucho	No	Bien
Aficionado a los deportes, infeliz	Pierde	Mucho	No	Mal
Habitual feliz	Pierde	Mucho	Sí	Bien
Compulsivo clásico	Pierde	Mucho	Sí	Mal
Episódico feliz	Pierde	Poco	No	Bien
Episódico infeliz	Pierde	Poco	No	Mal
Episódico molesto	Pierde	Poco	Sí	Bien
¿Compulsivo agudo?	Pierde	Poco	Sí	Mal

Caracterizados por su complejidad, los sistemas de clasificación propuestos en el transcurso de estas décadas reflejan un intrincado andamiaje teórico, cuya resulta es un complejo y rebuscado conjunto de categorías que en muchos casos se solapan y donde las descripciones se convierten en inferencias difícilmente demostrables. Clasificar, sinónimo de ordenar y separar, no es exactamente lo que hacen estas taxonomías, que además adolecen del espíritu que Kraepelin otorgó a la clasificación de los fenómenos psicopatológicos: “el *descriptivismo* ateorico y la *observación* como elementos básicos” de cualquier sistema clasificatorio (Vázquez, 1990, p. 680).

1.2. TIPOLOGÍAS DE LOS AÑOS '80-'90

La complejidad de las taxonomías, que por otra parte mengua la utilidad de las mismas, parece que se encamina hacia un primer punto de inflexión con la propuesta de Abt y colaboradores (1985), en la cual se incluye a su vez una clasificación de los no-jugadores, resultando como sigue:

A. No-jugadores

1. *Anti-jugadores*. Consideran que el juego es pernicioso, pecaminoso, inmoral y por tanto socava los valores sociales, morales y religiosos.
2. *No-jugadores*. Perciben que el riesgo es demasiado alto y/o la recompensa muy incierta como para engancharse en el juego, además pueden encontrar esta actividad aburrida.
3. *Pseudojugadores*. Aquellos que podrían tener ciertas inclinaciones hacia el juego pero no disponen de dinero o de oportunidades para jugar.

B. Jugadores

1. *Jugadores ocasionales*. Tienen un interés pasajero o momentáneo por el juego y generalmente arriesgan cantidades mínimas de dinero.
2. *Jugadores por entretenimiento*. Tienen un interés moderado en el juego y hacen un gasto prudencial de capital destinado a tal actividad. Podrían además tener cierto conocimiento sobre las apuestas y confianza en posibles ganancias.
3. *Jugadores serios*. Aquellos que tienen un interés grande por jugar en busca de premios monetarios en esos juegos que conocen bien.
4. *Jugadores profesionales*. El juego ha llegado a ser algo más que un pasatiempo; dominan el juego y dependen, en parte o totalmente, de esas ganancias para sobrevivir.

Custer (1987, citado en Rodríguez-Martos, 1987), retomando cierta clasificación previa (Custer y Milt, 1985), distingue tres tipos de jugadores:

Jugadores de tiempo libre

Este grupo se subdivide en las siguientes categorías:

1. *Jugador social casual*. Jugador ocasional que no se toma el juego en serio, dicha actividad ocupa un lugar esporádico en su vida.

2. *Jugador social serio*. Jugador que se toma el juego en serio, implicándose en el mismo, pero cuya conducta está controlada.
3. *Jugador de alivio-escape*. Jugador que libera sus tensiones internas a través del juego.

Jugadores profesionales o criminales

Tal como indicaba Kusyszyn (1972), lo que caracteriza a este grupo es la utilización del juego como modo de ganarse la vida, de manera que no apuestan llevados por la pasión sino tras un cálculo de las probabilidades existentes. Según Custer (1987, citado en Rodríguez-Martos, 1987), estos jugadores han profesionalizado una fuente ilegal de ingresos.

A diferencia de esta categoría, otras clasificaciones (Politzer y Hudak, 1994) van a diferenciar al jugador profesional, cuyo principal ingreso lo obtiene del juego, jugar es su negocio, su profesión y por tanto conoce su límite; del jugador criminal, descrito como una persona con características de personalidad antisocial y un estilo de vida sociopático.

Jugadores compulsivos

Custer (1984) considera que la diferencia entre un jugador social (o posteriormente denominado jugador de tiempo libre) y uno patológico o compulsivo es la dificultad de este último para detener el juego, vaya ganando o perdiendo.

Este autor (1987, citado en Rodríguez-Martos, 1987) afirma que tales jugadores encontrarían su mejor simiente en el grupo de los jugadores de tiempo libre y, fundamentalmente, entre aquellos que utilizan esta actividad para canalizar sus emociones.

Por tanto se puede concluir, siguiendo a Custer, que existen dos grupos de jugadores sin problemas, los profesionales y los de tiempo libre, constituyendo este último grupo un factor de riesgo para el desarrollo de un juego compulsivo: el grupo con problemas. "Los juegos de azar tienen el poder de generar placer en casi las dos terceras partes de la población adulta que apuestan cada año en uno u otro tipo. La gran mayoría de los jugadores son jugadores no patológicos, esto es, jugadores sociales. Un número muy pequeño viven del juego, son los llamados jugadores profesionales. (...) Hay otro grupo de jugadores que arriesgarán su reputación, la seguridad de sus familias, sus ahorros de toda la vida, su trabajo, su libertad o su seguridad en el envés de una carta, en el giro de un dado o en las patas de un caballo. El juego para ellos no es un entretenimiento, no es un trabajo, no es parte de una carrera criminal. Son jugadores patológicos, jugadores compulsivos." (Custer, 1982, pp.107-108).

Otra tipología es la aportada por Rodríguez-Martos (1987), autor que habla de jugador social, profesional, abusivo y patológico. Etiquetas que, a pesar de acercarse a las utilizadas actualmente, les falta una descripción que permita caracterizar cada uno de estos grupos.

Los factores de personalidad identificados por McCormick y Taber (1987) le sirven a estos autores para establecer una clasificación basada en dimensiones que son evaluables y cuyo objetivo ulterior es el desarrollo de tratamientos individualizados. Son cinco las dimensiones: el factor obsesivo-compulsivo, el factor estado de ánimo, los estresores vitales, el factor socialización y el abuso de sustancias o el factor adicción múltiple. Delineando ciertas intersecciones entre dichos factores extraen los tres subtipos de jugadores:

Prototipo número 1

Representa la intersección de valores relativamente altos en todos los factores. Es un jugador que (1) tiene rasgos claramente obsesivos-compulsivos, (2) sufre una depresión endógena relativamente severa que parece extenderse tanto en los años previos al juego como en los posteriores, (3) ha experimentado eventos estresantes mayores, (4) abusa del alcohol y de otras drogas psicoactivas y (5) está bien socializado.

Prototipo número 2

Resulta de la intersección de (1) baja socialización, (2) una depresión situacional moderada con componentes de ansiedad, (3) abuso de alcohol moderados y episódicos, (4) compulsividad moderadamente alta y (5) estresores vitales mínimos.

Prototipo número 3

Representa la intersección de (1) una muy baja socialización con aparición de hostilidad, (2) afecto negativo bajo o incluso un estado de ánimo generalmente positivo, (3) compulsividad alta, (4) no abusa de sustancias y (5) estresores vitales moderados.

Por su parte, Jugadores Anónimos (González, 1989) establece la existencia de tres tipos:

El jugador serio

El juego ocupa una parte importante de su vida, ya que apuesta regularmente a uno o varios tipos de juegos. Aunque presta poca atención a otras actividades alternativas, el juego no domina áreas vitales como la familia, el trabajo o las amistades.

El jugador dependiente

En esta categoría jugar resulta esencial debido a que es una vía de escape de la ansiedad, la tensión o en general de los estresores vitales. Aunque no existe una falta de control, pues cuando las pérdidas amenazan la integridad familiar y la seguridad del trabajo es capaz de parar, a menudo existe un descuido de sus obligaciones sociales y económicas.

El jugador compulsivo

Se caracteriza por una pérdida de control, no es capaz de dejar de jugar o de resistirse a los impulsos de iniciar el juego. Este grupo, por tanto, tiene su punto de partida donde finaliza el jugador dependiente.

Partiendo de la experiencia clínica, González (1989) resalta tres clases de jugadores:

Jugador social

Sólo juega en ocasiones especiales por entretenimiento, como forma de placer, o en un marco social. Sus pérdidas están predeterminadas y son aceptables. Como indicaba Custer (1984) tanto si ganan como si pierden son capaces de dejar de jugar.

Jugador profesional

Para el jugador profesional el juego es una forma de vida, una profesión. Tal como señalaba Kusyszyn (1972), este tipo de jugador apuesta tras un cálculo objetivo, sin pasión.

Jugador patológico

La característica fundamental del jugador patológico, como subrayaba ya Jugadores Anónimos, es la pérdida de control o de habilidades para dejar de jugar. Este aumento de la necesidad y de la preocupación por jugar, concluye González (1989), le empuja al juego en forma de adicción o de urgencia obsesiva.

Esta autora apunta en la descripción del jugador patológico, por un lado, algunas de las características que lo asemejan a una conducta adictiva, como por ejemplo el síndrome de abstinencia; y por otro lado, aspectos que toman gran relevancia en los modelos explicativos, como son los pensamientos irracionales.

La Tabla 1.2. resume la propuesta de Bombín (1992a), que recopila las características de personalidad y de conducta atribuibles a los diferentes tipos de jugadores. Como puede apreciarse, este autor establece la misma tipología que González (1989), ampliando la terminología de jugador patológico con otros vocablos como ludómano o ludópata, y utilizando para su definición la que darían Lesieur et al. (1986): aquella persona que fracasa en su intento de resistir el impulso de jugar a pesar de las complicaciones en la vida personal, familiar y socio-profesional.

TABLA 1.2. Clasificación propuesta por Bombín (1992a)

ASPECTOS	SOCIAL	PATOLÓGICO	PROFESIONAL
MECANISMO	Diversión	Dependencia	Sistema de vida
FORMA SOCIAL	Compañía	Solitario	Indiferente
CUANTÍA	Predeterminada	Indeterminada	Programada
CONTROL	Interno	Externo	Adaptable
PÉRDIDAS	Aceptables	Desmedidas	Variables
GANANCIAS	Disuasorias	Estimulantes	Variables
TRATAMIENTO	Preventivo	Necesario	Innecesario

Otros autores (Blanco et al., 1995), retomando las propuestas de Custer (1984), Jugadores Anónimos y González (1989), presentan una clasificación cuya diferenciación, a nivel terminológico, entre ciertas categorías no resulta excesivamente esclarecedora. Como en las citadas tipologías se refieren tres clases de jugadores:

Jugador social

Como se ha indicado repetidamente son los jugadores que pueden dejar de jugar en cualquier momento tanto si ganan como si pierden. Este hecho se debe a tres factores, comentados ya por Custer en 1984, y a los que estos autores les ponen nombre:

- Factores de tipo psicológico-narcisista. La valoración personal no está ligada al hecho de ganar o perder.
- Factores de tipo social. Otros aspectos de su vida son más importantes y reforzantes.
- Factores en relación con el propio hecho del juego. Son jugadores que nunca han experimentado grandes ganancias.

Jugador profesional

Según estos autores es el rey de la estadística, nunca juega con pasión o, en cualquier caso, su componente emocional es mínimo.

Son personas cuya única fuente de ingresos, cuyo único trabajo es el juego, y esto es lo que define y diferencia al jugador profesional del jugador esporádico, del hábil, del empedernido e, incluso, de aquellos que puedan haber ganado cantidades fabulosas de forma casual o constante (López y Ortega, 1982). Es el juego como trabajo lo que ha hundido definitivamente la imagen romántica y novelesca del jugador profesional bajo las aguas del río Mississippi, cuna de tahures.

Jugador patológico

Es en este grupo donde aparecen ciertas novedades con respecto a otras clasificaciones, ya que dentro del mismo se distinguen a su vez tres subtipos:

1. *Jugador dependiente*. Se evidencia una dependencia hacia el juego aunque no exista una pérdida de control total, descuidando el resto de sus obligaciones, lo que le va a acarrear ciertos problemas.
2. *Jugador compulsivo*. Hay una falta absoluta de control, no puede resistirse al impulso de jugar bajo ninguna circunstancia.
3. *Jugador secundario a una enfermedad psíquica*. Fundamentalmente maniacos, esquizofrénicos o sujetos con graves trastornos de personalidad en los cuales la conducta de juego es un síntoma más de dicho trastorno.

Quizá, una buena manera de resumir las propuestas más interesantes hasta el momento sea el gráfico que propone Rosenthal (1989) (ver Figura 1.1.).



FIGURA 1.1. Relación entre los diferentes tipos de jugadores (Rosenthal, 1989).

Las tipologías trazadas en las dos últimas décadas del siglo XX, aunque en general más sencillas en su composición y terminología, en muchos casos heredan de las anteriores la explicación etiológica de unas categorías descritas pobremente; lo que en último lugar limita la utilidad de las mismas y convierten en vano esos intentos, prolongados en el tiempo, de categorizar a los jugadores.

A pesar de que en ninguna de estas clasificaciones se ha hecho referencia explícita a la condición de jugador problemático, resulta imprescindible destacarla pues, como se verá más adelante, adquiere un puesto preponderante, al menos, en los estudios epidemiológicos. Conviene, asimismo, indicar brevemente que dicha categoría ha sido utilizada con acepciones distintas, a veces de forma vaga como sinónimo de jugador patológico o refiriéndose genéricamente tanto al juego patológico como a aquel de menor intensidad; y otras veces de forma más precisa, describiendo a aquellas personas cuyo juego no cumple todos los criterios para un diagnóstico de juego patológico, pero se asume que está en una etapa previa (jugador patológico en potencia) (Rosenthal, 1989).

Labrador y Becoña (1994) van a recoger esa categoría que refleja el paso intermedio entre el jugador sin problemas (social) y aquel otro que ya los padece en toda su extensión (patológico), etiquetándola con el nombre de jugador problema. Dicha categoría, a la que de alguna manera ya se había hecho referencia en otras clasificaciones con los términos de jugador abusivo o dependiente, cubre ese bache tradicionalmente establecido entre el jugador social y el patológico, allanando la carretera que les une y reflejando de forma más precisa la trayectoria que suelen seguir los jugadores que llegan a un destino, que en ningún caso es el que se habían trazado cuando emprendieron el camino.

De manera que a modo de colofón de este epígrafe, y recordando el maremágnum de términos con el que comenzó el mismo, se muestra, por sencilla a la vez que exhaustiva, la tipología propuesta por Labrador y Becoña (1994):

Jugador social

Se caracteriza por jugar en un marco de interacción social, por entretenimiento, satisfacción, ocio o placer, ya sea de manera regular u ocasional y por tener un control sobre dicha conducta, de manera que con independencia de la frecuencia con la que juegue y de las ganancias o pérdidas que se produzcan puede dejar de jugar cuando lo desee.

“...Aquella noche el bingo estaba lleno. Detesto los fines de semana, cuando las buenas y honestas familias de clase media deciden apostar unos duros, no muchos, con la esperanza de ganar un bingo. No son verdaderos jugadores; sólo son apostadores ocasionales, de fin de semana; lo mismo podrían ir al cine, a visitar a un pariente enfermo o a ver un espectáculo de variedades...El verdadero jugador y la verdadera jugadora no quieren compañía, necesitan toda su soledad y su concentración, enzarzados en la disputa frenética con el azar”
(Peri Rossi, *La última noche de Dostoiévski*).

Jugador problema

Se caracteriza por tener menor control sobre sus impulsos que el jugador social, siendo su conducta de juego frecuente o, incluso, diaria con un gasto de dinero que en algunas ocasiones le acarrea problemas, pero de menor gravedad que al jugador patológico. A pesar de la regularidad con la que se produce la conducta de juego, el gasto de dinero y la dedicación que consagra a esta actividad,

el área familiar y de trabajo no se ven deteriorados. El jugador problema tiene un alto riesgo de convertirse en jugador patológico.

"...He dicho que me voy y me voy. Hoy he despilfarrado quince mil rublos en vuestra condenada ruleta. Hace cinco años hice la promesa de reedificar en piedra, en las afueras de Moscú, una iglesia de madera, y en lugar de eso me he jugado el dinero aquí. Ahora, me voy a construir esa iglesia." (Dostoyevski, *El jugador*).

Jugador patológico

Se caracteriza por la pérdida de control sobre la conducta de juego interfiriendo esta última con el funcionamiento normal en la vida cotidiana. Las conductas de juego descontrolado responden a las siguientes características:

- Frecuencia de juego y/o inversión en tiempo y en dinero extraordinariamente altas.
- Apuesta de una cantidad de dinero superior a la planeada.
- Pensamientos recurrentes y deseo compulsivo de jugar, sobre todo cuando han perdido.
- Necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido.
- Fracaso reiterado en el intento de resistir el impulso de jugar.

"...En ese solo día había perdido hasta noventa mil rublos, sin contar lo que había perdido la vispera. Todos sus billetes -todas las obligaciones de la deuda interior al cinco por ciento, todas las acciones que llevaba encima-, todo ello lo había cambiado sucesivamente. Yo me maravillaba de que hubiera podido aguantar esas siete u ocho horas, sentada en su silla y casi sin apartarse de la mesa... Pero bien saben los jugadores que puede uno estar sentado jugando a las cartas casi veinticuatro horas sin mirar a su derecha o a su izquierda." (Dostoyevski, *El jugador*).

Jugador profesional

Vive del juego, participando en aquellos que tienen un componente alto de habilidad o desarrollando trampas para ganar. Su apuesta se basa en cálculos razonados no arriesgando en juegos completamente de azar, ni dejándose llevar por aspectos emocionales.

"...Se presentaba ante la mesa de juego todos los días a la una de la tarde y se iba a las dos en punto; así, pues, cada día jugaba sólo una hora. (...) Sacó del bolso un poco de oro y algunos billetes de mil francos y empezó a hacer posturas con calma, con sangre fría, con cálculo, apuntando con lápiz cifras en un papel y tratando de descubrir el sistema según el cual se agrupaban los "golpes". Apostaba sumas considerables. Ganaba todos los días uno, dos o cuando más tres mil francos, y habiéndolos ganado se iba." (Dostoyevski, *El jugador*).

Con esta última clasificación, junto con el esquema propuesto por Walker (1992a) (ver Figura 1.2.), resulta fácil concluir con Lesieur (1984) que existe una espiral típica de deterioro por la que pasan los jugadores hasta que sus conductas se tornan desadaptativas. Aspecto este último que será tratado a continuación.

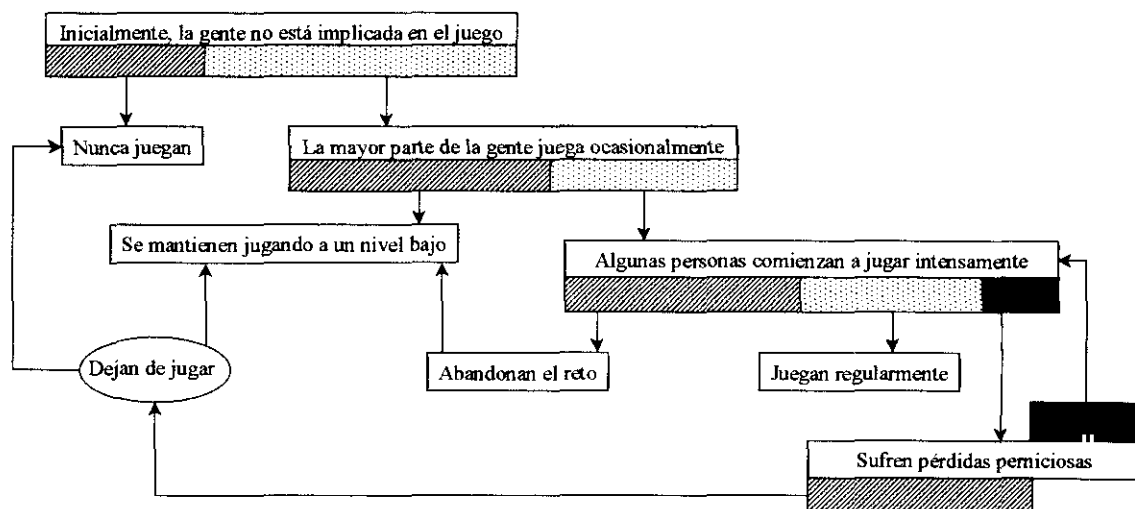


FIGURA 1.2. Sistema de filtro en la implicación en el juego (Walker, 1992a).

Pero antes cabría reflexionar sobre la utilidad de una clasificación cuya pertenencia a una categoría resulta en muchos casos pasajera e incluso efímera y donde los puntos de corte son inciertos... Es posible que la historia de ostracismo sufrida por el juego (en casi todas sus vertientes) haya favorecido la necesidad de *salvar* al jugador comedido de la *codicia* de un juego disoluto, y para ello que mejor que añadir la etiqueta de social a una conducta de dudosa reputación, asocial. Sin embargo la gula, otro de los supuestos siete pecados capitales, no impide que el degustador coma solo sin la visita de ese acompañante llamado social. Comer, beber, jugar... son conductas que per se no necesitan la coletilla de social, como tampoco se aplicarían a las conductas de leer, estudiar o trabajar; sólo cuando su intensidad, frecuencia o duración las conviertan en desadaptativas, entonces, y sólo entonces, puede ser útil una terminología que haga referencia a la patología.

2

CURSO DEL TRASTORNO

“Al principio sólo era un pasatiempo, una distracción. Bajaba a desayunarme al bar de la esquina, pedía un café en la barra y echaba unas monedas en la máquina, por curiosidad. Pero de pronto se convirtió en otra cosa. Me di cuenta del cambio cuando advertí que ya lo importante, para mí, no era el desayuno, o leer el diario, acodado en la barra, sino que la máquina estuviera libre para poder jugar... No se trataba ya de jugar sólo unas monedas, sino de empeñarme en obtener el premio. No por el dinero en sí sino por vencerla, por ganar” (Peri Rossi, La última noche de Dostoiévski)

Indudablemente para la mayoría de las personas por cuyas manos pasa una ficha de casino, un cartón de bingo, los botones de una máquina recreativa, una quiniela o una de las múltiples loterías existentes, el juego no se convierte en su perdición. Sólo cierto porcentaje avanzará hacia una relación desadaptativa con el juego, cuya evolución ha sido esencialmente descrita por Custer (1982) y Lesieur (1979, 1984).

Será Custer quien por primera vez detalle las fases por las que pasa el jugador patológico: fase de ganancia, de pérdida y de desesperación (ver Figura 2.1.); a estas tres fases Rosenthal añadirá una última como resultado de la experiencia clínica: la fase de desesperanza. Lesieur, por su parte, se centrará en uno de los rasgos comportamentales más característicos del jugador: *la caza*, y esclarecerá ciertos rasgos diferenciales de la mujer jugadora (Custer, 1982; Lesieur y Custer, 1984; Lesieur y Rosenthal, 1991).

2.1. FASE DE GANANCIA

El incipiente jugador es introducido en esta actividad, fuente de entretenimiento, excitación y diversión, confeccionándose, en muchos casos, una historia de ganancias sustanciales. Los tempranos triunfos y ganancias se van sucediendo aparentando ser resultado de las habilidades personales del jugador, de forma que éste comenzará a creer en su propio sistema, su juego excepcional o sus habilidades especiales, ayudando las grandes ganancias a alimentar su autoestima y su imagen de gran jugador. El tamaño de las

apuestas así como la frecuencia de las mismas irán aumentando gradualmente, no apareciendo en esta fase envites desmedidos.

Las pérdidas, cuando ocurren, se explican por factores externos como la mala suerte, un sistema que debe ser revisado o las trampas realizadas por otros. Mientras se alardea de las ganancias o éstas son de nuevo invertidas en el juego, las pérdidas se mantienen razonadamente alejadas.

Esta fase continúa durante meses o, incluso, años y suele concluir con una *gran ganancia*, que sumada a los triunfos anteriores hace pensar que no sólo se puede repetir en el futuro sino que incluso puede llegar a ser mayor. Con este objetivo: la consecución de otro gran premio, se invierte más dinero y tiempo; y ante las pérdidas, que representan un serio revés a la autoestima, la única solución que se pone en marcha es la de seguir jugando para recuperar dicho dinero. El resultado será añadir nuevas pérdidas a las ya existentes.

Según indican Lesieur y Rosenthal (1991) este patrón suele ser el más común entre los jugadores varones, mientras que las jugadoras no suelen experimentar una gran ganancia, el juego les sirve más bien para escapar de problemas abrumadores en su vida familiar, en el pasado o en sus relaciones interpersonales.

2.2. FASE DE PÉRDIDA

El precursor de esta segunda fase es, entonces, un optimismo desmesurado acerca de la posibilidad de ganar y, por tanto, la consideración de que jugar para recuperar las pérdidas (*la caza*) es una estrategia eficaz para la consecución de este fin, pues así ocurrió al principio de su carrera como jugador.

Los pequeños préstamos pedidos a familiares y amigos al final de la primera etapa se convertirán, en esta segunda fase, en avíos mayores y en préstamos concedidos por bancos, tarjetas de crédito y prestamistas como forma de inversión que serán devueltos con las futuras ganancias. Una vez que las fuentes de préstamo legal se agotan, el riesgo de realizarlos de forma ilegal emerge; pudiéndose cometer, incluso, algún tipo de robo, fraude o falsificación. De nuevo los delitos más comunes entre las mujeres jugadoras difieren de los cometidos por los varones, así destacan la falsificación de talones, la realización de operaciones ilegales en el ámbito del juego y la irrupción en el mundo de la prostitución; siendo menos probable, en comparación con los varones, verse envueltas en estafas relacionadas con préstamos, evasión o fraude de impuestos, robos a pequeña y gran escala, venta de droga o de objetos robados (ver Tabla 2.1.).

El trabajo, en esta carrera por recuperar el dinero perdido y poder devolver las deudas contraídas, comienza a ser un obstáculo ya que interfiere con la necesidad imperiosa de dedicar más y más tiempo al juego. También lo es la familia, a la que destinará cada vez menos tiempo e interés; por lo que tanto en el marco familiar como en el laboral comenzarán a surgir problemas, derivados asimismo del cúmulo de excusas y mentiras a que se ha acostumbrado el jugador.

A su vez la conducta de juego pierde el contexto social en que solía desarrollarse para convertirse en un juego solitario, pues el reguero de pérdidas resulta difícil de tolerar, se debe recuperar el dinero y para ello hay que apostar más fuerte y con mayor frecuencia, reflejando una necesidad de urgencia que parece disminuir las habilidades para apostar. El jugador que en otro tiempo se presentaba como habilidoso es ahora un jugador menos ducho que, sin embargo, apuesta más. Su deseo más ferviente es tener un largo

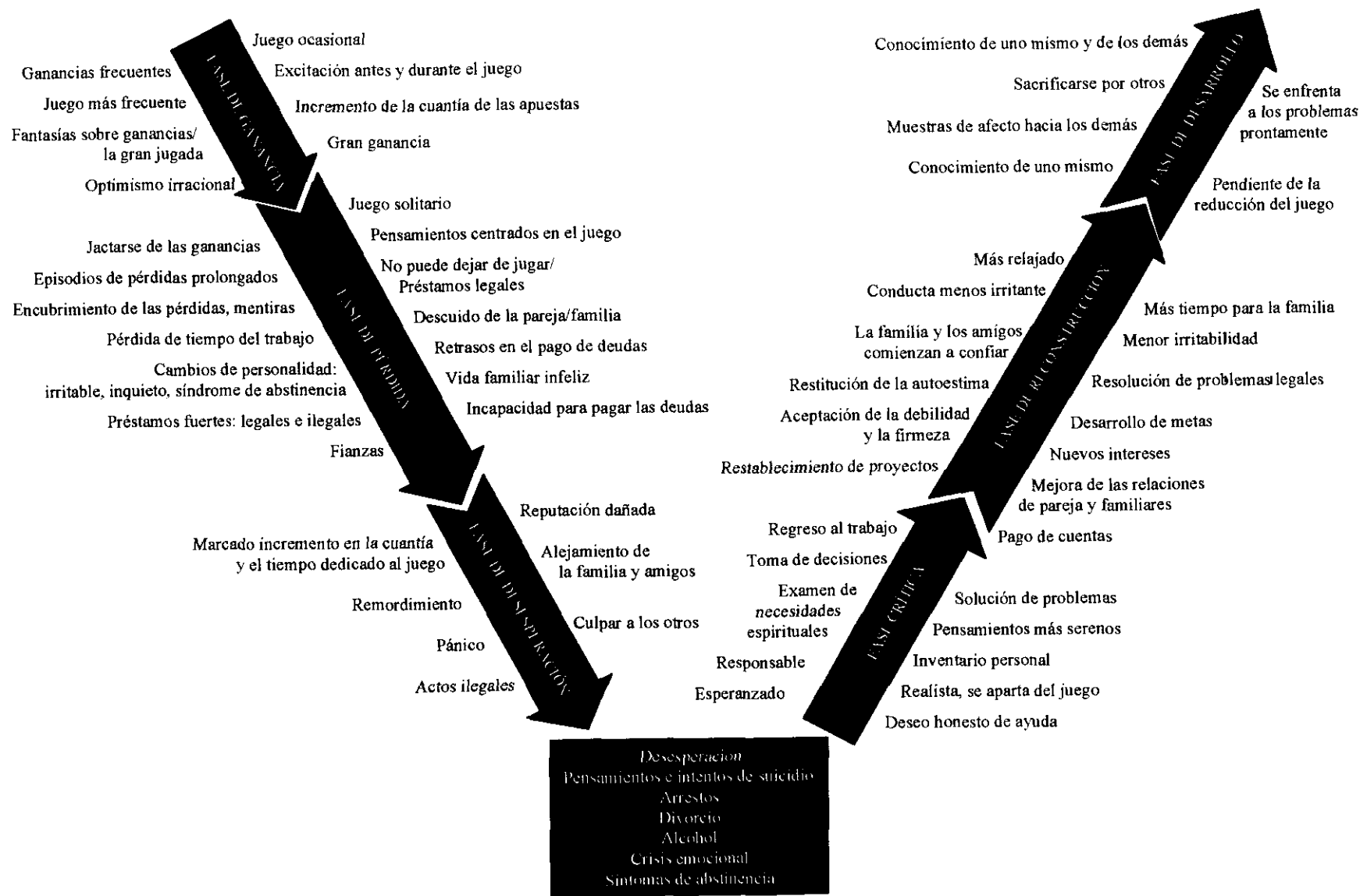


FIGURA 2.1. Evolución del juego patológico y su recuperación (Custer, 1987).

TABLA 2.1. Actividades ilegales y fraudes civiles cometidos por jugadores patológicos

Tipo de actividad ilegal	Mujeres G.A. (1)	Muestra G.A. (2)	Muestra Hospital (3)	Mujeres Cárcel (4)	Hombres Cárcel (5)
Fraude referido a préstamos (civil)	44%	41%	38%	8%	13%
<i>Delitos de guante blanco</i>					
Falsificación de talones	40%	33%	30%	56%	28%
Falsificación	18%	18%	18%	36%	19%
Estafas y robos en el trabajo	24%	38%	28%	22%	13%
Evasión de impuestos	12%	28%	10%	0%	6%
Fraude de impuestos	4%	18%	13%	3%	1%
<i>Delitos comunes</i>					
Robos a pequeña escala	14%	21%	13%	19%	22%
Robos a gran escala	2%	15%	13%	31%	47%
Atracos	2%	4%	0%	17%	21%
Organizar red de prostitución	0%	2%	0%	11%	19%
Prostitución	10%	0%	5%	39%	3%
Venta de drogas	0%	9%	28%	53%	54%
Venta de bienes robados	4%	14%	23%	42%	37%
<i>Sistemas de juego</i>					
Sistemas de juego relacionados con corredores de apuestas/juegos ilegales	26%	23%	18%	25%	13%
Hacer trampas en quinielas, golf, bolos u otro deporte	10%	19%	23%	50%	51%
Hacer trampas en las cartas o en los dados	6%	21%	30%	36%	50%
Organizar un "juego-estafa"; estafar a un novato	12%	9%	18%	31%	50%
Implicación en cualquiera de las actividades ilegales descritas	68%	-	65%	97%	97%
(1) N=50 ♀ pertenecientes a G.A. (Lesieur y Blume, 1991a). (2) N=190 (♂=186, ♀=4) pertenecientes a G.A. (Nora, 1985). (3) N=40 (♂=38, ♀=2) jugadores en una muestra de pacientes con problemas de alcohol y drogas tratados en régimen de internamiento en un hospital. (Lesieur, Blume y Zoppa, 1985). (4) N=36 ♀ presas en la cárcel de Clinton (New Jersey). (Lesieur y Klein, 1985). (5) N=68 ♂ presos en la cárcel de Yardville (New Jersey). (Lesieur y Klein, 1985).					

Fuente: Lesieur (1987) y Lesieur y Blume (1991a).
G.A.: Gamblers Anonymous (Jugadores Anónimos)

período de ganancias que le permita pagar las deudas y a su vez tener una reserva de dinero suficiente para seguir jugando sin necesidad de pedir prestado. Pero las ganancias, aunque ocurran periódicamente, son menores que las deudas; la presión de los acreedores aumenta y el jugador se ve obligado a confesar, parcialmente, su crítica situación financiera; y con este argumento implora a su familia o amigos un dinero que, invariablemente, le será concedido para pagar las deudas contraídas bajo la promesa de dejar de jugar. De nuevo, como en la etapa anterior, un optimismo irracional se apoderará de él, creándole la ilusión de que nada malo puede ocurrirle, por tanto cualquier promesa de abandono del juego tendrá una vida corta.

2.3. FASE DE DESESPERACIÓN

Según Custer (1982) la primera fianza para saldar ciertas deudas supone el comienzo de la tercera fase. Por su parte, Lesieur y Rosenthal (1991) consideran que surge cuando se pasa el límite, es decir, cuando se comienzan a realizar actividades con objeto de obtener dinero que anteriormente no se habían llevado a efecto.

Durante esta fase de desesperación el entorno del jugador seguirá prestando el dinero para pagar más deudas a costa de una constante erosión de dichas relaciones, ya que no sólo no hay una devolución del dinero sino que además continúa la conducta de juego. Como en las fases anteriores se incrementa de nuevo

el tiempo y el gasto de dinero dedicados al juego, pero por primera vez aparece un estado de pánico causado por las cuantiosas deudas, el deseo de pagarlas con celeridad, el alejamiento de la familia y los amigos, la reputación tan negativa que le persigue y el deseo nostálgico de recuperar los días de gloria. En un principio, todos estos motivos le dirigen hacia el atajo frenético de conseguir esa incalculable ganancia que le solucione todos los problemas, incrementando por tanto el riesgo asumido y el juego irracional, para posteriormente desvanecerse dicho optimismo poco a poco y por primera vez.

Los jugadores, sobre todo aquellos que han cometido actos ilegales, comenzarán a sentirse ansiosos, irritables e hipersensibles hasta el punto de sufrir alteraciones del sueño. Aparecen o se consolidan trastornos psicológicos y psicofisiológicos.

Están a un paso del divorcio o de ser arrestados, por ello el sentimiento más arraigado es de desesperanza o indefensión, pudiendo aparecer, bajo ese estado de profunda depresión, ideas o intentos suicidas. En este momento el jugador sólo ve cuatro salidas a su situación: el suicidio, la cárcel, huir o buscar ayuda.

2.4. FASE DE DESESPERANZA O ABANDONO

Los jugadores asumen que nunca podrán dejar de jugar, nunca alcanzarán ese objetivo y por tanto ya no se inquietan. Saben de antemano que van a perder, pero eso no les impide seguir jugando, pues buscan la acción o excitación como objetivo en sí mismo. Juegan hasta el agotamiento.

En esta secuencia se evidencia que la historia del jugador patológico va a depender de la interacción entre el juego en sí y las alternativas que el jugador emplee para financiarse esta actividad. Así la caza de las pérdidas producto del juego y la búsqueda de acción para su propio deleite se pueden ver incrementadas o facilitadas por seis aspectos (Lesieur, 1979):

1. *Préstamos de diversas instituciones.* Permiten seguir jugando con el doble objetivo de recuperar las pérdidas y poder además devolver dicho anticipo. El círculo vicioso ya está formado, pues se necesitan más préstamos para poder, a su vez, devolverlos; préstamos, que por añadidura, incluyen tanto la deuda como el interés.
2. *La familia.* En el proceso del juego, la familia actúa como un catalizador inconsciente, ya que muchos jugadores hacen efectivo los ahorros de cuentas conjuntas, pagarés o cualquier otra forma de inversión, cogen dinero de bolsillo, empeñan propiedades comunes y piden préstamos sin el conocimiento de los familiares.
3. *El trabajo.* La situación laboral no produce por sí misma un incremento del juego, pero el tiempo libre en trabajos poco supervisados o el hecho de trabajar por cuenta propia, proporcionan oportunidades que podrían intensificar el problema. Esta situación parece una bendición para el jugador, pero es ilusoria: cuantas más oportunidades haya para jugar mayores son las posibilidades de perder dinero. Por otra parte, cualquier hurto, desfalco o malversación realizado en el trabajo va a provocar una tensión adicional que acelera el proceso de deterioro.

4. *El corredor de apuestas.* Las apuestas realizadas a través de un corredor de apuestas incrementa la implicación en el juego por el crédito adquirido y por el miedo a la reacción de dicho intermediario. La naturaleza del crédito en las apuestas deportivas permite al jugador apostar con dinero que no tiene, pero, si pierde la apuesta, por supuesto, tendrá que pagar; lo cual sólo va a fomentar que juegue más con la esperanza de ganar para poder devolver las deudas y no sufrir ningún tipo de violencia.
5. *Las amistades en el mundo del juego.* Para un jugador con amigos que también se dedican a esta actividad, sus pérdidas adquieren un gran valor pues evidencian la falta de esas habilidades ensalzadas en el grupo. De manera que el deseo de mostrarse como ganador produce un encubrimiento de tales pérdidas y una urgencia por ganar de cara a recuperar la autoestima. Si además alguno de los miembros tiene problemas con el juego, el grupo se convierte en una fuente alternativa de dinero disponible.
6. *El delito.* Los delitos de *préstamo*, tales como los créditos fraudulentos, los robos, las falsificaciones y, en definitiva, cualquier tipo de estafa son los inductores más severos a un juego de proporciones cada vez mayores.

Revisando los diversos estados, de apogeo o decadencia, por los que transcurre este trastorno se podría añadir que cada episodio de juego se convierte en una réplica a pequeña escala de esa evolución que suele durar años.

"...Cuando el croupier hizo avanzar veinte piezas de oro hacia aquellas anhelosas garras, sus ojos despidieron un vivo resplandor, el crispado ovillo de sus manos se deshizo como bajo el efecto de una explosión, y los dedos, trémulos, se separaron saltando. Durante aquel segundo, el rostro apareció iluminado y rejuvenecido, las arrugas desaparecieron, los ojos empezaron a brillar; (...) movido por la alegría del triunfo; los dedos jugaron, pueriles y vanidosos, con las redondas monedas, haciéndolas bailar y sonar una contra otra. Luego, otra vez inquieto, volvió la cabeza y recorrió con la mirada todo el tapete verde, (...), para echar, de súbito y con un movimiento brusco, todo el montón de monedas a uno de los cuadros. (...); la faz febrilmente excitada tornose marchita, lívida y envejecida, los ojos se apagaron como consumidos por el fuego y todo eso en el espacio de un segundo, en cuanto la bolita fue a caer dentro de un número que no era el esperado." (Zweig, *Veinticuatro horas de la vida de una mujer*).

3

DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN

“El deseo de jugar no se acaba nunca... Si se pierde, se vuelve a jugar porque se ha perdido, y si se gana, se vuelve a jugar porque se ha ganado” (Peri Rossi, La última noche de Dostoiévski)

Se antoja imprescindible establecer, en esta escalada hacia un juego cada vez más perturbador, ese punto de corte que delimite un juego más o menos intenso de aquel otro que ya adquiere la condición de trastorno. Dicha dicotomía, cuestionable de cara a la intervención, resulta punto de referencia obligado para poder *medir* con el mismo sistema métrico las diversas conductas de juego, lo que a la postre contribuirá a despejar la niebla que rodea al juego y que no es precisamente la resulta del consumo de tabaco de los tahures.

3.1. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Será en 1980 cuando una claridad incipiente ilumine la oscuridad del garito de juego, ya que por primera vez, oficialmente de la mano del DSM-III, se reconoce el juego patológico como un trastorno mental que incluido en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, define al jugador patológico como un individuo que se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos a jugar y cuyo juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales (A.P.A., 1980). Su inclusión en esta categoría parece estar justificada por tres rasgos característicos de este trastorno: (a) una incapacidad reconocida para resistir el impulso de jugar, (b) un incremento de la tensión física y psicológica que precede al enganche en la actividad de juego, y (c) un nivel pronunciado de placer asociado con el alivio de la tensión alcanzada a través de la implicación activa en la conducta de juego. De estos tres rasgos, la tensión precedente y los fracasos repetidos de resistir el impulso de ejecutar un acto relativamente ritualizado e intencional podrían conferir al juego patológico su conceptualización como un trastorno obsesivo-compulsivo, si no fuera por el

carácter ego-sintónico de tal experiencia (McGurrin, 1992). La Organización Mundial de la Salud, en el CIE-10, va a indicar explícitamente que “este trastorno es también llamado juego compulsivo, pero este término es menos adecuado debido a que el comportamiento no es compulsivo en el sentido técnico ni el trastorno está relacionado con los trastornos obsesivo-compulsivos” (O.M.S., 1992, p. 262).

Aunque su asentamiento dentro de la categoría residual de los trastornos del control de los impulsos no ha variado hasta hoy día, su descripción se ha ido puliendo con el tiempo, asemejándose cada vez más a los criterios establecidos para el diagnóstico de dependencia de sustancias (las Tablas 7.1. y 7.2. recogen sendos criterios). Este lustre de la definición del trastorno comenzó con las críticas a los criterios dispuestos por el DSM-III, entre las que se han destacado (Lesieur, 1988b) un sesgo hacia la clase media, principalmente por lo que respecta al tipo de delito cometido (fraude, estafa, evasión de impuestos), la falta de reconocimiento de actividades laborales autónomas, y la exclusión del trastorno en aquellos casos en los que exista un diagnóstico de personalidad antisocial, cuando ambos trastornos pueden ir asociados sin ser necesariamente el juego una característica más del trastorno de personalidad (Lesieur, 1987).

A raíz de las mencionadas objeciones y bajo el influjo de las similitudes entre el juego patológico, la dependencia alcohólica y el abuso de drogas, en la siguiente edición (DSM-III-R) se pone especial énfasis en subrayar los síntomas fisiológicos concurrentes con el juego, tales como la abstinencia y la tolerancia, favoreciendo así su equiparación con las adicciones (Echeburúa, 1992; Rosenthal, 1989). Junto con el cambio de criterios se produce también un aumento en el número de síntomas necesarios para establecer el diagnóstico, a fin de disminuir la tasa de falsos positivos (Lesieur, 1988b).

Deliberadamente modelados a partir de los trastornos del uso de sustancias psicoactivas (Lesieur, 1993), los criterios del DSM-III-R fueron, no obstante, motivo de disensión. En esta ocasión las réplicas estuvieron avaladas por la encuesta realizada por Rosenthal (1989), autor que enfatiza la importancia de distinguir las motivaciones políticas, que determinan la inclusión de ciertos criterios diagnósticos, de los factores que son claramente clínicos o científicos. En el caso del juego patológico en el DSM-III-R, considera que este paralelismo con los trastornos adictivos se realiza con un doble propósito educacional, resaltar el juego a la hora de prevenir los problemas de drogas, así como destacar el fenómeno de la poliadicción. Además, añade el autor, el modelo de adicción proporciona un marco explicativo con más sentido para el paciente ante el objetivo terapéutico de la abstinencia completa. Volviendo a la encuesta, los resultados indicaron cierta insatisfacción con estos nuevos criterios, en concreto con los siguientes ítems:

- ▶ Ítem ④: aparece raramente, por tanto resulta de escasa utilidad para el diagnóstico.
- ▶ Ítem ⑤: es una sentencia que incluye dos frases que pueden ser independientes la una de la otra, creando confusión. Asimismo parece necesario definir el concepto de *caza*.
- ▶ Ítems ⑦ y ⑧: resultan prácticamente idénticos.
- ▶ Ítem ⑨: parece duplicar los ítems 7 y 8, o al menos, se solapa con los mismos.

Un nuevo conjunto de criterios emerge en el DSM-IV, componenda de las versiones anteriores junto con la incorporación de un criterio alusivo a la conducta de juego como fuente de escape. De manera que las dimensiones discriminantes que conforman actualmente el cuadro diagnóstico del juego patológico, quedarían como sigue (Lesieur y Rosenthal, 1991):

1. Progresión y preocupación.
2. Tolerancia.
3. Pérdida de control.
4. Síndrome de abstinencia.
5. Escape.
6. Caza.
7. Negación.
8. Actividad ilegal.
9. Arriesgar familia o carrera.
10. Fianza.

Esta evolución de los criterios diagnósticos de la A.P.A. para el juego patológico puede observarse gráficamente en la Tabla comparativa 3.1.

Por último, indicar que la actual clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento realizada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en el diagnóstico de este trastorno, difiere significativamente de los criterios establecidos por la A.P.A. (Lesieur, 1993). Bajo el epígrafe de ludopatía y dentro de la categoría de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, sus criterios de investigación diagnóstica incluyen cuatro aspectos:

1. Tres o más episodios de juego sobre un periodo de al menos un año.
2. Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional personal y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria.
3. Incapacidad para controlar las urgencias a jugar, combinado con una incapacidad de parar.
4. Preocupación mental con el juego o las circunstancias que lo rodean.

A su vez menciona tres criterios para realizar el diagnóstico diferencial, a saber, (a) un juego social habitual, (b) un juego excesivo en enfermos maniacos y (c) el juego en el trastorno disocial de la personalidad. De estos tres, el primero está implícitamente incluido en el DSM-IV, ya que no se establece el diagnóstico de juego patológico si no se cumplen cinco de los diez criterios establecidos; también éste comprende el juego en los pacientes maniacos, pero sólo para mantener cierta cautela no como base para su exclusión; y con respecto al trastorno de personalidad antisocial, ya ha sido comentado como la A.P.A. permite realizar los dos diagnósticos simultáneamente sin necesidad de excluir el juego patológico a favor del trastorno de personalidad antisocial (Lesieur, 1993; Robert y Botella, 1995).

3.2. CARACTERIZACIÓN CONDUCTUAL

Los criterios de la A.P.A. ponen de relieve que las personas con problemas de juego patológico presentan una alteración conductual en múltiples ámbitos de su vida cotidiana, interesa en este momento considerar de manera más detallada las características de las conductas de juego patológico. En concreto, tratar de precisar cómo son las conductas de juego del jugador patológico, en especial las que le diferencian de los jugadores carentes de problemas y de los no jugadores (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

TABLA 3.1. Criterios diagnósticos del juego patológico (A.P.A.)

DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV
<p>A. El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos a jugar.</p> <p>B. El juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales, tal como viene indicado por, al menos, tres de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar. 2. Incapacidad para satisfacer las deudas y responsabilidades financieras. 3. Alteraciones familiares o conyugales debidas al juego. 4. Obtención de dinero a través de fuentes ilegales (usureros). 5. Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen. 6. Pérdida de trabajo debida al absentismo ocasionado por la actividad de jugar. 7. Necesidad de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada. <p>C. El juego no es debido a un trastorno de personalidad antisocial.</p>	<p>Conducta de juego perniciosa, indicada por al menos cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar. 2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado. 3. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada. 4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar. 5. Pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar. 6. Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego. 7. Con frecuencia, el juego tienen lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales. 8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar. 9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego. 	<p>A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar). 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado. 3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego. 4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego. 5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión). 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas). 7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego. 8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego. 9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego. 10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego. <p>B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.</p>

Los análisis más completos de las conductas que emiten los jugadores patológicos cuando están jugando han sido desarrollados por Ladouceur (1993b). Este autor preparó su laboratorio como una sala de juegos en la que se incluían distintas posibilidades de juegos, entre ellas las máquinas tragaperras. Los jugadores patológicos, que acudieron en busca de tratamiento, eran conducidos a esta sala en la que se observaba su conducta mientras jugaban libremente. Las conductas más características, consideradas de acuerdo con las tres dimensiones básicas, fueron las siguientes:

A. Conductas motoras

- La conducta de riesgo monetario incrementa en función de la exposición al juego. En la misma sesión, cada vez se apuesta más a medida que el juego progresa, lo que finalmente provoca que la última apuesta de la sesión suela ser la más elevada. Entre sesiones, la conducta de riesgo monetario no regresa a la línea-base, esto es, cuando se acude a una sesión las apuestas no comienzan al mismo nivel de inicio de la sesión anterior, sino con un nivel intermedio entre las apuestas iniciales y finales de la sesión previa.
- Se busca aumentar el riesgo asumido en las apuestas a lo largo de la sesión. Esto puede hacerse, tanto aumentando la cantidad de dinero que arriesga, como cambiando a apuestas de más riesgo cuando existe una falta de dinero. Por ejemplo, en el caso de la ruleta pasar de apuestas de menor riesgo, tales como rojo/negro, par/impar o 1-12..., a apuestas de mayor riesgo, como apostar a un sólo número. De este modo, aún no pudiendo arriesgar mayor cantidad de dinero, mantiene la progresión del riesgo.

B. Conductas cognitivas

Para obtener información de estas conductas (pensamientos, sentimientos, emociones...), de las que en muchos casos pueden no darse cuenta ni los propios jugadores, se les entrena en primer lugar a decir en voz alta todo lo que piensan o se les pasa por la cabeza mientras están jugando (*thinking aloud*), con las siguientes instrucciones: a) di todo aquello que pase por tu mente, no censes intenciones, ideas o imágenes, no trates de juzgar lo que es interesante o no; b) habla tan continuamente como sea posible, incluso si tus ideas no están bien estructuradas o son repetitivas; c) habla alto y claro; d) puedes hablar en un estilo telegráfico, no te preocupes por completar las frases y e) no trates de justificarte a ti mismo. Una vez entrenados se pasa a la sesión de grabación, pidiéndoles que sigan diciendo en voz alta los pensamientos mientras juegan. Lo que puede observarse es que:

- El 80% de las verbalizaciones emitidas son irracionales o inadecuadas, con independencia del tipo de jugador y de juego (ruleta, blackjack, máquinas recreativas).
- De entre todas las distorsiones cognitivas, que serán analizadas en detalle más adelante, sobresalen: a) la ilusión de control, el jugador patológico piensa que tiene una estrategia que le permitirá ganar, piensa que el azar no controla completamente los resultados del juego, más bien él puede controlar el azar; y b) las predicciones sobre los resultados, que se producen porque el jugador percibe una importante dependencia entre una jugada y la siguiente. No se considera que las secuencias de juego son independientes y aleatorias entre sí, es decir, que sea el azar el que determina cada jugada, sino que se trata de sucesos relacionados en los que es posible predecir

(y controlar) lo que va a suceder en una jugada a partir de lo que haya ocurrido en las jugadas anteriores.

- Cuando se modifica, mediante técnicas psicológicas específicas, como las Técnicas de Reorganización Cognitiva, las creencias erróneas señaladas y el jugador llega a entender y aceptar que cada jugada está determinada por el azar y que por tanto existe independencia entre una jugada y la siguiente, el patrón de juego cambia radicalmente. El juego pierde prácticamente el interés, produciéndose un cese de la conducta de juego, como resultado de la pérdida de la falsa ilusión de control.

C. Conductas fisiológicas

Tradicionalmente la respuesta fisiológica más estudiada en el contexto del juego ha sido la frecuencia cardíaca, en la que se observa un incremento notable en situación de juego, mostrándose una correlación positiva elevada entre los pensamientos erróneos y el aumento de dicha activación.

4

EPIDEMIOLOGÍA

“Al principio la gente que jugaba a las máquinas tragaperras me parecía mediocre, despreciable. Amas de casa rutinarias, con oscuras frustraciones y sueños imposibles, que se gastaban las monedas que habían ahorrado en el mercado. Parados sin futuro, que malgastan el tiempo en el bar, esperando la hora de la comida, algún jubilado sin familia y otros marginales... Yo no soy ni un ama de casa frustrada, ni un parado, ni un jubilado, ni un marginal” (Pier Paolo Pasolini, La última noche de Dostoiévski)

Transcurría el año 1975, la transición democrática en España, brotaba un nuevo clima de libertad, la proclamación constitucional de las libertades personales, parecía superada la vieja concepción moralista del juego como un delito contra las buenas costumbres. Este ideal, sin embargo, no estaba exento de pragmatismo: el coste económico de la nueva situación política precisaba medidas económicas inéditas, entre las cuales destacaron ciertos canales alternativos de recaudación (Hernández, 1996). Por otra parte, no era nada nuevo, históricamente la lotería, juego que curiosamente ha dispuesto del beneplácito casi unánime y constante de las autoridades de cualquier latitud, se organizaba esporádicamente con el objeto de sufragar algún gasto especial hasta llegar a convertirse en una fuente de ingresos imprescindible para las arcas del Estado (López y Ortega, 1982). Se trataba, ahora, de legalizar los juegos de azar, esgrimiendo para ello razones sociales, en aras de la tan nombrada libertad, y jurídicas, mayor protección de los jugadores por la falta de garantías que rodeaba la práctica del juego ilegal. Así como los nada desdeñables argumentos económicos y financieros: la Administración Pública se mostraba impotente para acabar con el elevado número de juegos y establecimientos clandestinos, que acompañado de un régimen de tolerancia generalizado propiciaba que los únicos beneficiarios fueran unos organizadores que escapaban al control fiscal; asimismo veía como una cantidad importante de capital español salía hacia los casinos extranjeros (Hernández, 1996).

Veinticinco de febrero de 1977, cristaliza la ansiada legalización de los juegos de azar y con ella la

Administración, *empresaria de juegos*¹, amplía su negocio más allá de aquellos propiamente monopolizados (loterías, quinielas y demás apuestas deportivas). Un *estado-croupier*¹ convertido fiscalmente en el principal organizador de los juegos; lo que le permite, entre otras cosas, incrementar el importe de las recaudaciones fiscales, que como en el caso de las máquinas recreativas ha llegado a multiplicarse por diez. Evitar que el negocio del juego se convierta en un medio de enriquecimiento fácil y rápido; así queda justificado este impuesto. Pero si en su día una razón esgrimida a favor de la legalización de los juegos de azar fue la reactivación del sector turístico, demostrando el paso del tiempo que esta actividad apenas había contribuido a la mejora de dicha crisis (Hernández, 1996); de la misma manera cabría pensar que, con independencia de las mafias o blanqueos de dinero disuadidos por tan elevado coste, la única evidencia de este tributo es su destino: el engrosamiento de las arcas del Estado.

Con el paso del tiempo, la regulación de los juegos de azar conllevó no sólo la incorporación de los llamados juegos privados sino también la proliferación de los públicos, propiciado en parte por la transferencia de competencias en materia de azar, envite y suerte a las Comunidades Autónomas. El tapete nacional quedaba, pues, conformado por una gran variedad de juegos de carácter privado y público, siendo estos últimos de índole estatal (ver Tabla 4.1.) o autonómica.

TABLA 4.1. Juegos legales en España (a nivel nacional)

Denominación	Año de creación
Lotería Nacional	1812
Apuestas en carreras de galgos	1935
Cupón de la ONCE	1939
Quinielas futbolísticas	1946
Apuestas hípicas	1957
Casinos	1977
Bingos	1977
Máquinas recreativas y de azar	1981
Lotería primitiva	1986
Bonoloto	1988
Lotería del horóscopo	1991

Fuente: Becoña (1996a)

Revisando los vericuetos por los que han transcurrido disposiciones, decretos y demás leyes, cabría preguntarse por el diferente tratamiento que desde el Estado se ha dispensado a los juegos privados (máquinas recreativas, bingos y casinos). Apelando al mayor poder adictivo de tales juegos se han aplicado prohibiciones y limitaciones cuya justificación teórica entra en contradicción con la práctica real; no parece, pues, razonable la amplia difusión y fácil accesibilidad de unos juegos tan, supuestamente, adictos. En este sentido, resulta notoria la situación de las máquinas recreativas con premio cuya diseminación por bares, cafeterías y establecimientos de restauración y hostelería no permite realizar un control de admisión. Si a este argumento se le suma la tendencia creciente a reproducir en los juegos públicos ciertas características (adictivas) de los privados, como la inmediatez del premio en las loterías más modernas; la defensa de un trato discriminatorio parece sostenerse exclusivamente, siguiendo una vez más a Hernández (1996, p. 155), en “la voluntad de controlar y restringir un sector que se erige en el único competidor directo de las Administraciones Públicas -estatal y autonómicas- como empresarias del juego”.

En este enmarañamiento de agentes históricos, sociales, jurídicos y económicos queda atrapado el jugador, porque si bien la legalización del juego en general y de alguno en particular no implica necesariamente un incremento notable del número de personas que participan en el mismo; también es cierto que la gran diversidad de juegos y la facilidad de acceso a alguno de ellos va a favorecer considerablemente su práctica. Conviene matizar que no se aboga, ni mucho menos, por una prohibición de los juegos de azar, entre otras razones porque esta opción no eliminaría el problema del juego

¹ Terminología empleada por Hernández (1996) en la descripción de la ordenación administrativa del juego.

patológico; sino por una regularización más razonable que permita su práctica pero no facilite y fomente su abuso.

Como punto de partida en un capítulo inundado por datos, cifras y estadísticas no podía faltar una mención al gasto en juego en España (ver Tabla 4.2.). Los números hablan por sí solos...

TABLA 4.2. Importe de cantidades jugadas en España desde 1980 a 1998 (cifras en millones de pesetas)

JUEGOS	1980	1985	1988	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
I. Juegos privados	285.133	1.689.968	2.486.951	1.874.091	2.109.412	2.062.490	1.986.947	1.855.934	1.871.781	2.044.817	2.291.953
1. Casinos	46.900	84.531	127.920	40.610	161.578	153.918	154.952	157.032	158.378	183.883	204.460
2. Bingos	238.233	316.687	483.210	619.169	659.110	635.375	633.635	622.360	612.287	610.968	617.233
3. Máquinas recreativas B	0	1.288.750	1.875.821	1.214.312	1.288.724	1.273.197	1.198.360	1.076.542	1.101.116	1.249.966	1.470.260
II. Juegos públicos gestionados por la ONLAE	243.411	382.326	567.681	694.647	754.936	789.638	830.014	865.461	911.580	980.873	1.048.404
1. Lotería Nacional	197.585	322.183	348.205	481.600	508.415	513.842	534.283	552.831	563.468	587.488	628.397
2. Lotería Primitiva	0	0	156.844	153.236	183.539	191.634	207.879	209.414	231.138	255.998	280.503
3. Bonoloto	0	0	40.717	35.666	28.875	36.785	36.752	41.215	46.555	54.303	61.410
4. Quinielas futbolísticas	45.826	60.143	21.915	24.145	34.107	47.377	51.100	62.001	70.419	83.084	78.094
III. Otros juegos	30.702	118.078	223.308	284.211	320.422	344.612	366.544	385.554	386.059	375.360	381.268
1. ONCE	30.702	118.078	222.289	283.700	320.422	344.612	366.422	385.554	386.059	375.360	381.268
2. Quiniela hípica	0	0	1.019	511	-	-	122	-	-	-	-
TOTAL	559.246	2.190.372	3.277.940	2.852.949	3.184.770	3.196.740	3.183.505	3.106.949	3.169.420	3.401.050	3.721.625

Fuentes: Becoña (1996a) y Comisión Nacional del Juego (1995, 1996, 1997, 1998, 1999).

4.1. ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN ADULTOS

“La evidencia disponible sugiere que donde existen muchas formas de juegos legales, hay una alta incidencia de juego problema y patológico” (Lesieur, 1993, p. 390). De esta afirmación, puente que une la legislación de los juegos de azar con la epidemiología, se puede inferir rápidamente que España debe encontrarse en ese grupo de países caracterizados por una elevada tasa de prevalencia. Y así es, a pesar de los pocos años transcurridos desde su despenalización.

4.1.1. Tasas de prevalencia

En la Tabla 4.3. pueden observarse los estudios de prevalencia más relevantes realizados en poblaciones adultas, agrupando la Tabla 4.4. los referentes a España. Se puede apreciar, en su comparación, como España arroja unas cifras similares a países como Estados Unidos, Canadá o Australia, naciones que, al igual que ésta, disfrutan no sólo de una gran diversidad de juegos sino también de una cierta tradición con respecto a esta actividad. Pero mientras que en Estados Unidos, Canadá y Australia, países de grandes dimensiones, existen estudios prácticamente en la totalidad de sus estados, provincias o ciudades principales; en España hay una ausencia de investigaciones epidemiológicas que abarquen, si no todo, al menos una parte representativa del espectro nacional. En este punto es importante resaltar que, a pesar de esta deficiencia, es el país europeo que dispone de los estudios más rigurosos, pues los datos aportados por otras naciones del continente no dejan de ser estimaciones basadas en especulaciones más que en análisis empíricos.

Teniendo en cuenta los matices que cada estado, provincia o autonomía dispone en materia de juego, susceptibles de modificar los datos epidemiológicos, se puede establecer un rango de prevalencia del juego patológico, usando el South Oaks Gambling Screen (SOGS), que oscila entre el 0.1% y el 2.7%. Cifras que tienden a duplicarse al tratar de identificar los jugadores problema. Sin embargo, la profusión con la que se ha utilizado este instrumento no le exime de ciertas limitaciones psicométricas como a sus predecesores el Inventory of Gambling Behavior (IGB) y el Cumulative Clinical Signs Method (CCSM) (ver Tabla 4.5.).

4.1.2. Cuestionario de Juego South Oaks (SOGS): Limitaciones y otros comentarios metodológicos

Más estudiado que los citados cuestionarios, el SOGS ha sido criticado fundamentalmente por evaluar la prevalencia vital, puesto que “si la principal preocupación de los estudios de prevalencia de los jugadores patológicos es establecer el nivel actual de los problemas relacionados con el juego en una comunidad particular, entonces asumir que todos los casos pasados podrían ser incluidos en las estimaciones es algo sin sentido” (Dickerson, 1993, p. 345). Además este tipo de prevalencia en la que se estima el número de sujetos que en el periodo conjunto de su vida muestra un trastorno determinado, sólo tiene sentido cuando la aparición de cierto problema conlleva su presencia continuada a lo largo de la vida; en el caso del juego implicaría aceptar la cuestionable asunción defendida por Jugadores Anónimos de que «una vez que uno es un jugador compulsivo entonces siempre es un jugador compulsivo» (Dickerson, 1993; Walker y Dickerson, 1996). A diferencia de las investigaciones epidemiológicas realizadas en la década anterior, los estudios más recientes parecen hacerse eco de estas reflexiones estableciendo la prevalencia del juego patológico en un periodo de tiempo limitado, habitualmente seis o doce meses. Este cambio proporciona, por lo general, unas tasas de prevalencia menores (ver los estudios realizados en las provincias canadienses de New Brunswick y Saskatchewan o en Nueva Zelanda) debido a la sobreestimación del número de jugadores patológicos que lleva a cabo el establecimiento de la prevalencia vital. A pesar de esta mejora indudable, todavía quedaría por solucionar el problema de qué lapso temporal es el más adecuado para establecer la prevalencia actual de juego patológico.

Otras limitaciones de este instrumento (Volberg, 1994a) basado en el DSM-III hacen referencia a la evolución que han sufrido los criterios de la A.P.A. en estos últimos años, con lo cual es posible que el SOGS no identifique con exactitud los jugadores patológicos tal y como son definidos actualmente por el DSM-IV (Walker, 1992a). Del mismo modo se ha cuestionado la distinción que establece entre jugadores normales y patológicos, asunción que subyace en los ítems de este cuestionario y que presupone la existencia de dos grupos bien diferenciados, y no un continuo en la implicación en el juego; mientras que por el contrario considera los diferentes tipos de juegos como iguales, asumiendo que esta actividad conforma un grupo homogéneo, lo que impide vincular las tasas de prevalencia a formas particulares de juego (Dickerson, 1993).

TABLA 4.3. Estudios de prevalencia del juego patológico en adultos

Autor	País (Estado, Provincia o ciudad)	Año	N	Instrumento utilizado	% Jugadores patológicos	% Jugadores problema
Commission on the Review of the National Policy Toward Gambling (1976) ¹	Estados Unidos	1974	1.736	Entrevista estructurada	0.77	2.33
Sommers (1988)	Estados Unidos - Delaware Valley	1984	534	IGB DSM-III	3.37	4.12
Culleton (1989) ²	Estados Unidos - Delaware Valley	1984	534	IGB	3.4	4.1
				CCSM	3.4	-
	- Ohio	1985	801	IGB	2.5	3.4
				CCSM	1.7	-
Volberg (1992 ³ , 1993 ³ , 1994b) Volberg y Silver (1993) ³ Volberg y Steadman (1988, 1989) Volberg y Stuefen (1991) ³	Estados Unidos - New York	1986	1.000	SOGS	1.4	2.8
	- New Jersey	1988	1.000	SOGS	1.4	2.8
	- Maryland	1988	750	SOGS	1.5	2.4
	- Massachussets	1989	750	SOGS	2.3	2.1
	- Iowa	1989	750	SOGS	0.1	1.6
	- California	1990	1.250	SOGS	1.2	2.9
	- Connecticut	1991	1.000	SOGS	2.7	3.6
	- South Dakota	1991	1.560	SOGS	1.0	1.8
	- North Dakota	1992	1.517	SOGS	1.0	2.5
	- Montana	1992	1.020	SOGS	1.3	2.3
	- Washington State	1992	1.502	SOGS	1.5	3.5
Laundergan et al. (1990) ⁴	Estados Unidos - Minnesota	1990	1.251	SOGS-M	(0.8)	(1.6)
Emerson y Laundergan (1996)	Estados Unidos - Minnesota	1994	1.028	SOGS-M	(1.2)	(3.2)
Wallisch (1993) ³	Estados Unidos - Texas	1992	6.308	SOGS	1.3	3.5
Ladouceur (1991)	Canadá - Quebec	1989	1.002	SOGS	1.2	2.6
Report to the New Brunswick Department of Finance (1992) ³	Canadá - New Brunswick	1992	801	SOGS	2.0 (1.37)	4.0 (3.13)
Report to the Nova Scotia Department of Health Drug Dependency Services (1993) ⁵	Canadá - Nova Scotia	1993	810	SOGS	(1.7)	(3.1)
Canadian Foundation on Compulsive Gambling (1993) ⁵	Canadá - Ontario	1993	1.200	SOGS (versión modificada)	(0.9)	(7.7)*
Smith et al. (1994) ⁵	Canadá - Alberta	1993	1.803	SOGS	(1.4)	(4.0)
Bland et al. (1993)	Canadá - Edmonton (Alberta)	1988-90	7.214	DIS-III	0.42 [0.23]	-
Volberg (1994) ⁵	Canadá - Saskatchewan	1993	1.000	SOGS	1.2 (0.8)	2.8 (1.9)

TABLA 4.3. Estudios de prevalencia del juego patológico en adultos (continuación)

Autor	País (Estado, Provincia o ciudad)	Año	N	Instrumento utilizado	% Jugadores patológicos	% Jugadores problema
Dickerson et al. (1996)	Australia - Sydney - Melbourne - Adelaide - Brisbane	1990-91	2.744	Entrevista estructurada (incluye SOGS)	[1.16]	-
Volberg y Abbott (1994) Abbott y Volberg (1996)	Nueva Zelanda	1991	4.053	SOGS-R	2.7 [1.2]	4.2 [2.1]
Chen et al. (1993)	Hong Kong - Shatin	1991	7.229	SRQ DIS-III	1.48	-

¹ Ochoa y Labrador (1994) y McGurrian (1992).² Volberg (1996).³ Volberg y Abbott (1994).⁴ Emerson y Laudergeran (1996).⁵ Ladouceur (1996).

() = Tasa de prevalencia actual (12 meses)

[] = Tasa de prevalencia actual (6 meses)

* = Categoría «algún problema con el juego»
(punto de corte=1-4 sobre 20)

CCSM = Cumulative Clinical Signs Method (Culleton, 1989).

DIS = Diagnostic Interview Schedule (version III).

IGB = Inventory of Gambling Behavior (Zimmerman et al., 1985).

SOGS = South Oaks Gambling Screen (Lesieur y Blume, 1987).

SOGS-M = Minnesota revision of SOGS.

SOGS-R = Versión modificada del SOGS.

SRQ = Self-Reporting Questionnaire (Harding et al., 1980).

TABLA 4.4. Estudios de prevalencia del juego patológico en adultos (España)

Autor	Autonomía, ciudad	Año	N	Instrumento utilizado	% Jugadores patológicos	% Jugadores problema
Cayuela (1990) ¹	Cataluña	1990	1.230	SOGS	2.5	
Entitat Autònoma de Jocs i Apostes (EAJA) (1990) ¹	Cataluña	1990			2.34	
Legarda et al. (1992)	Sevilla	1989	598	SOGS	1.67	5.18
Becoña (1993a)	Galicia - La Coruña - S. Compostela - Ferrol - Lugo - Orense - Pontevedra - Vigo	1991	1.615	Entrevista estructurada (criterios DSM-III-R)	1.73 1.96 0.64 0.64 0.64 0.64 0.64 3.49	1.60 1.22 0.90 0.90 0.90 0.90 0.90 3.25
Federación Andaluza de Jugadores de Azar en Rehabilitación (FAJER) (1994) ²	Andalucía - Jaén - Sevilla - Cádiz	1994	4.977	Cuestionario (criterios DSM-IV)	1.7 2.4 2.3 2.1	3.3 - - -
Becoña y Fuentes (1995)	Galicia	1993	1.028	SOGS	1.36	2.04
Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar (JARCA) (1996)	Algeciras	1996	419	SOGS (versión modificada)	1.91	3.82

¹ Labrador y Becoña (1994).² Becoña (1996b).

SOGS = South Oaks Gambling Screen (Lesieur y Blume, 1987).

A pesar de ser, en su origen, un instrumento de *screening*, al aplicarse en las investigaciones epidemiológicas se convierte en un cuestionario diagnóstico, cuyo problema fundamental se centra en cómo reducir el número de falsos positivos que aparecen al realizar la evaluación en una muestra de la población general. Una posible solución propuesta por Lesieur y Blume (1993), para corregir el error derivado de los falsos positivos, pasaría por realizar las investigaciones epidemiológicas en dos fases; aplicar en un primer momento el SOGS para posteriormente realizar una entrevista que verifique la puntuación de aquellos sujetos que responden afirmativamente a tres o más ítems. Sin embargo, esta metodología tampoco es ajena a ciertas limitaciones, ya que, como indican Walker y Dickerson (1996), resulta dudoso que en ausencia de un entrenamiento y cierta experiencia clínica los juicios de los entrevistadores sean comparables a los diagnósticos clínicos. Esto es lo que le ocurre al estudio realizado en Nueva Zelanda, que arroja una tasa de falsos positivos cercana al 24% (versión de prevalencia vital) y al 8% (versión de prevalencia actual), cifras a su vez cuestionables pues no se ha establecido la fiabilidad de tales juicios. Resulta destacable, en este punto, la utilización de psicólogos clínicos entrenados en el estudio realizado en Galicia (Becoña, 1993a), solventando muchos de los problemas hasta ahora comentados pero con el coste añadido que supone la adopción de este enfoque (Dickerson, 1993).

Bajo esta metodología, que combina el *screening* tradicional con la entrevista clínica, podría resultar interesante el desarrollo de un instrumento de *screening* con una alta eficacia diagnóstica pero a su vez realmente breve, que agilizara el proceso de evaluación y sobre todo no redundara en ciertos aspectos del juego valorados posteriormente en la entrevista clínica. En este sentido destaca el Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBCJ) desarrollado por Fernández-Montalvo et al. (1995) y compuesto por los cuatro ítems del SOGS (versión española) que tienen una mayor validez discriminante. Siendo su fiabilidad (coeficiente test-retest=0.99; coeficiente alfa de Cronbach=0.94) y validez convergente (con el SOGS y los criterios diagnósticos DSM-III-R=0.95) altas, y estableciendo como punto de corte una puntuación de 2, se obtiene una sensibilidad del 100%, una especificidad del 97.5% y por último, una eficacia diagnóstica del 97.88%.

Si los problemas de la tasa de no-respuesta son comunes a cualquier encuesta, cuando la causa de dicha tendencia está relacionada con el objeto de evaluación se corre el peligro de obtener estimaciones poco fiables. Con una tasa de respuesta que oscila entre el 50% (Alberta) y el 78% (South Dakota) (Volberg, 1996; Ladouceur, 1996; Abbott y Volberg, 1996), éste podría ser el caso de la tasa de prevalencia del juego patológico en aquellas investigaciones que realizan las encuestas telefónicamente, ya que por un lado, es más probable que los jugadores con un historial de deudas e impagos tengan la línea telefónica cortada; y por otro, la respuesta “no está en casa” podría significar que se encuentra en una partida de cartas, en el bingo o en cualquier otro local de juego. Este tipo de encuestas además suele excluir a los individuos que están en tratamiento en régimen de internamiento o bajo custodia institucional, como los presos o los pacientes con problemas de adicciones, poblaciones en las que predominan las conductas de juego (ver Tabla 4.6.). Por último, este método complica la detección de los engaños y mentiras característicos de esta población, y que pueden tomar la forma de negación o minimización del problema (Walker, 1992a; Lesieur, 1994a, 1994b). De manera que si hasta este punto se había resaltado la tendencia a sobreestimar la tasa de prevalencia del juego patológico por parte del SOGS, no se debe descartar la infrarrepresentación de estos sujetos en las muestras extraídas telefónicamente.

TABLA 4.5. Instrumentos de screening del juego patológico

Ficha descriptiva	Inventario de Conducta de Juego (IGB)	Método de Signos Clínicos Acumulativos (CCSM)	Cuestionario de Juego South Oaks (SOGS)
Autor	Zimmerman, Meeland y Krug (1985)	Culleton (1989)	Lesieur y Blume (1987) (versión original) Lesieur y Blume (1993) (versión corregida)
Número de ítems	122 Desarrollados a partir de los criterios del DSM-III y de las 20 preguntas de Jugadores Anónimos.	29 (Versión reducida del IGB). Agrupados en 5 áreas o "tests", una puntuación positiva en cualquiera de los ítems que componen el test constituye una puntuación positiva en ese área. La suma de cada área proporciona la puntuación total en el cuestionario (0-5).	20 (a efectos de puntuación) Desarrollados a partir de los criterios del DSM-III. Punto de corte= 5 o más ítems afirmativos → probable jugador patológico. Utilización de un punto de corte=3 ó 4 para la categoría de jugadores problemas cuya validez no ha sido examinada.
Preguntas	Las preguntas se refieren a algún momento del pasado del informante.	Las preguntas se refieren a algún momento del pasado del informante.	Las cuestiones no limitan a los sujetos a ningún periodo temporal. No parece necesariamente el mejor indicador del número de personas en la población que experimenta actualmente alguna dificultad asociada al juego.
Respuestas	Hay un sesgo de respuestas, ya que todas las respuestas positivas puntúan en la dirección de la patología.	Hay un sesgo de respuestas, ya que todas las respuestas positivas puntúan en la dirección de la patología.	Hay un sesgo de respuestas, ya que todas las respuestas positivas puntúan en la dirección de la patología.
Aspectos psicométricos	Construcción psicométrica pobre.	No corrige la inherente debilidad psicométrica del IGB: - Debido al sistema de puntuación, la probabilidad de puntuar positivo en un test es mayor que la probabilidad de puntuar positivo en cada uno de los ítems que lo componen. Infravalora la posibilidad de que los controles puntúen positivo (falsos negativos). - Los ítems de los cinco tests que componen el cuestionario no son independientes, lo que disminuye el poder de diferenciar los jugadores patológicos en la población general. Validez aparente débil, especialmente en las escalas personal, interpersonal y vocacional. Su eficacia, contrariamente a lo expuesto por el autor, se ve afectada por la tasa de prevalencia en la población general. Infravalora los falsos positivos.	- Fiabilidad: • coeficiente test-retest =0.71 • coeficiente alfa de Cronbach =0.97 - Validez convergente=0.94 (criterios del DSM-III-R). - Validez discriminante aceptable. Incremento de falsos positivos cuando se usa con una muestra de la población general, donde las tasas de frecuencia de este trastorno son bajas. Los ítems tienen una buena validez aparente y son heterogéneos, lo que provoca que personas con puntuaciones iguales puedan tener características/problemas muy diferentes. Los sujetos puntúan como jugadores problema o probables jugadores patológicos con independencia de su frecuencia de juego.
Validación española			Punto de corte=4 o más ítems afirmativos → probable jugador patológico - Fiabilidad: • coeficiente test-retest=0.98 • coeficiente alfa de Cronbach =0.94 - Validez convergente=0.92 (criterios del DSM-III-R) - Validez de contenido=75% de los criterios del DSM-III-R - Validez discriminante adecuada

Fuentes: Dickerson (1993); Echeburua et al. (1994b); Lesieur y Blume (1987); Lesieur y Blume (1993); Volberg y Banks (1990).

TABLA 4.6. Tasas de prevalencia en muestras especiales

Autor	Muestra	N	Instrumento utilizado	% Jugadores patológicos	% Jugadores problema
Lesieur et al. (1986)	Pacientes en tratamiento en régimen de internamiento por problemas de alcohol o drogas (New York, EEUU)	458	DSM-III	9	10
Lesieur y Heineman (1988)	Pacientes internados por problemas de adicción (New York, EEUU)	100	SOGS	14	14
Rodriguez-Martos (1989)	Pacientes alcohólicos asistidos en el Programa DROSS ¹ (Barcelona, España)	100	Cuestionario	14	
Lesieur y Blume (1990)	Pacientes psiquiátricos internos (New York, EEUU)	105	SOGS	6.7 (11% de la submuestra con trastornos por consumo de sustancias)	-
Steinberg et al. (1992)	Adictos a la cocaína en tratamiento (New Haven, EEUU)	298	DSM-III-R	15	-
Elia y Jacobs (1993)	Pacientes en tratamiento en régimen de internamiento por problemas de alcohol (Fort Meade, EEUU)	85	SOGS	13	16
Templer et al. (1993)	Presos (Nevada, EEUU)	136		24.3	22.8
Daghestani et al. (1996)	Pacientes internados por problemas de adicción (Illinois, EEUU)	276	SOGS	33	-
Miller y Westermeyer (1996)	Pacientes de las unidades de psiquiatría y alcoholismo-adicciones (Minneapolis, EEUU)	412	SOGS	15	25
Roy et al. (1996)	Pacientes en tratamiento en régimen de internamiento por problemas de drogas (East Orange, EEUU)	376	SOGS	13	-
Shepherd (1996)	Pacientes en régimen ambulatorio por problemas de drogas y/o bebida (EEUU)	93	SOGS	17	35
Spunt et al. (1996)	Pacientes en programas de tratamiento con metadona (New York, EEUU)	462	SOGS	21	9
Walters (1997)	Presos (Pennsylvania, EEUU)	363	SOGS	52	74

¹ Programa DROSS: Programa de Atención Integral a las Drogodependencias, patrocinado por el Área de Servicios Sociales y Juventud del Ayuntamiento de Barcelona. Sus centros de asistencia son los Centros de Atención Integral de Drogodependencias (CAID).

4.1.3. Características sociodemográficas de los jugadores patológicos

No parece posible ni en definitiva útil hablar de un prototipo de jugador, pero sí resulta pertinente extraer esos aspectos concurrentes que las diversas investigaciones arrojan y que podrían estar indicando ciertas poblaciones de riesgo a padecer este trastorno. En este sentido dos aspectos parecen destacar (ver Tablas 4.7. y 4.10.):

1. Sexo: un ratio aproximado de 2:1 (varones:mujeres).
2. Edad: predominio del rango de edad comprendido entre los 18 y 30 años.

En los estudios realizados en España sobresale además el dato reiterado de una mayor participación de los jugadores patológicos en dos tipos de juego: el grupo de las loterías (incluido el cupón de la ONCE, que tiene un gran número de adeptos) y el de las máquinas recreativas con premio. Quizá sea este el momento para reflexionar, ahora con datos objetivos, sobre la dicotomía establecida implícitamente entre juegos privados (adictivos) y públicos (inocuos).

Pero más interesante resulta aún la comparación de las características demográficas de la población general de jugadores patológicos con aquellos que se encuentran en tratamiento (ver Tablas 4.8., 4.9. y 4.11.):

1. Sexo: un ratio aproximado de 10:1 (varones:mujeres).
2. Edad: predominio del rango de edad situado en los 30-50 años.

Además en la población en tratamiento abunda el estado civil de casado, así como los jugadores que disponen como mínimo de estudios primarios, mientras que en la población general de jugadores patológicos no se puede establecer una clara preponderancia en cuanto a un nivel determinado de estudios o un estado civil concreto. Queda, por tanto, puesto de manifiesto esta discrepancia entre aquellos que padecen el trastorno y los que piden ayuda por este motivo.

Parece, pues, razonable conferir un papel primordial a una prevención secundaria dirigida a esta población que tiene mayor probabilidad de desarrollar un problema de juego y, sin embargo, no se caracteriza por acudir a tratamiento una vez desencadenado el mismo.

TABLA 4.7. Perfil sociodemográfico de los jugadores problema y patológicos (en porcentaje)

Variables socio-demográficas	Estados Unidos		Canadá		Nueva Zelanda ¹
	1986-1990 ¹	1991-1992 ¹	Ladouceur (1991)	Bland et al. (1993)	
Varón	69	60	76	70	70
Menor de 30 años	37	37	46	73	50
No caucasiano	37	34	-	-	41
No casado	58	53	63	-	55
Sin estudios secundarios	20	17	-	-	-
En paro	-	-	-	-	12

¹ Adaptado de Volberg (1996) y Abbott y Volberg (1996).

TABLA 4.8. Perfil sociodemográfico de los jugadores patológicos en tratamiento (en porcentaje)

Variables socio-demográficas	New York ¹ (N=107)	New Jersey (N=155)	Maryland (N=276)	Massachusetts (N=137)	Iowa (N=135)	California (N=71)
Varón	93	93	91	93	86	93
Blanco	91	90	89	93	92	94
Nivel de estudios (<i>High School</i>)	-	89	84	93	87	98
No casado	-	41	60	29	49	69
Mediana edad	-	38	38	37	35	33

¹ Volberg y Steadman (1988).

Fuente: adaptado de Volberg (1994b).

TABLA 4.9. Características sociodemográficas de jugadores patológicos en programas de tratamiento específicos

Variables socio-demográficas		Taylor Manor Hospital (N=186)	Gamblers Anonymous (N=150)	Cleveland V.A. Medical Center (N=57)
Edad (media)		38	47	44
Estudios (media años)		13.4	-	13.1
Sexo	Varón	92%	96%	100%
	Mujer	8%	4%	0%
Estado civil	Casado	41%	84%	53%
	Divorciado/separado	35%	10%	28%
	Soltero	23%	5%	19%
Situación laboral	Tiempo completo	76%	94%	47%
	Tiempo parcial	5%	-	5%
	En paro	19%	6%	47%
Religión	Católica	41%	42%	-
	Protestante	38%	30%	-
	Judía	19%	25%	-
	Ninguna/otra	2%	3%	-

Fuente: Ciarrocchi y Richardson (1989).

TABLA 4.10. Características sociodemográficas de los jugadores patológicos. Estudios realizados en España (en porcentaje)

Estudio	Sexo		Edad				Estado Civil		Estudios				Participación en los diferentes juegos						
	♂	♀					soltero	casado	sin estudios	primarios	secundarios	superiores	mrrecrea.	bingo	casino	ONCE	lotería	quiniela	cartas
Legarda et al. (1992)	70	30	18-30 10	31-43 30	44-56 30	57+ 30	20	80	30	60		10	40	50	-		80	40	-
Becoña (1993a,b)	67.9	32.1	18-30 39.3	31-45 28.6	46-64 21.4	65+ 10.7	39.3	46.4	42.8	21.4	30.8	7.1	78.57	46.43	7.14	57.14	42.85 57.14	3.57 32.14	42.85
FAJER (1994) ¹	90	10	18-30 40		46-56 26.4		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Becoña y Fuentes (1995)	71.4	28.6	16-24 42.85	25-45 35.71	46-64 21.43	65+ 0.0	50	50	0.0	64.28	35.71	0.0	35.71	28.57	14.28		64.28	-	21.43
JARCA (1996)	75	25	18-30 37.5	31-45 25	46-56 12.5	57+ 25	25	75	12.5	37.5	50.0	0.0	41.7	29.2	0.0	70.8	45.8	37.5	33.3

¹ Becoña (1996b) y JARCA (1996).

TABLA 4.11. Características sociodemográficas de los jugadores patológicos en tratamiento. Estudios realizados en España (en porcentaje)

[illegible]

4.2. ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

De las cifras, hasta ahora comentadas, sobresale un dato a todas luces llamativo y que rompe con ese prototipo de jugador que a través del cine, las novelas, los medios de comunicación o la observación sesgada de la vida cotidiana ha calado en la retina colectiva: el jubilado gastándose la pensión con su nueva y tal vez única compañía, el ama de casa que hace una parada técnica antes de llegar a su destino diario o el hombre de mediana edad que deja enfriar el café en la barra mientras se gasta las vueltas de cinco mil pesetas. Los datos, que no descartan esta realidad, traslucen otra bien distinta: salones recreativos con las máquinas a pleno rendimiento en una tarde de sábado o bares cuyas máquinas se tragan las pagas de la semana, y un factor en común: la escasa edad del jugador.

Acaso el calificativo de llamativo debería ir acompañado de otro que hiciera alusión a una situación cuando menos inquietante, pues ¿a qué edad han comenzado a jugar esas personas que con 18 años ya tienen un problema de juego patológico?

4.2.1. Hábitos de juego y tasas de prevalencia

Si resulta sorprendente que el rango de edad entre los 18-30 años sea el más proclive a un juego problemático o patológico, más asombroso aún es que en edades inferiores el número de personas que sufren este trastorno sea, incluso, mayor. Desconcierto que se desvanece al analizar los hábitos de juego característicos de este sector de la población (ver Tabla 4.12.).

Se deduce que el juego, sobre todo en ciertas modalidades, es una actividad cercana a los jóvenes; proximidad que ha ido adquiriendo en estos últimos años un mayor arraigo, pues de unas cifras cercanas al 50% en la década de los '80 se ha pasado a otras que superan el 80% e incluso el 90% de niños y adolescentes que en alguna ocasión se han acercado a una máquina tragaperras, han participado en una partida de cartas, han comprado un número de lotería o han apostado en algún evento deportivo, sin descartar aquellos que se han deleitado con el glamour que irradian los salones de los casinos. Prescindiendo del *imprevisto* que supone el acceso a ciertos juegos legalmente prohibidos en estas edades, no parecen estas cifras especialmente interesantes si representan el grueso de un juego ocasional carente de consecuencias y en el marco de una actividad de ocio y entretenimiento. No es nada nuevo, los jóvenes acceden al juego como a cualquier otro lance que la sociedad pone a su alcance, y más si éste agrupa la triada: riesgo, desafío y prohibición. Algunos transformarán ese contacto esporádico en una actividad regular (porcentaje que varía según los diversos estudios desde un 4% hasta un 53%) (ver Tabla 4.12.) y para otros ese hábito de juego firmemente establecido se convertirá en un problema. Tampoco es extraño, pues cualquier actividad, incluso la más loable, es susceptible de mudar en algo reprehensible.

Entonces, a qué se debe tanto asombro y alarma. Sin duda, a la cuantía de unas cifras que exceden los pronósticos menos optimistas. Con un rango más amplio que en la población adulta, la tasa de prevalencia del juego patológico en niños y adolescentes oscila entre el 1.7% y el 11.2%; un límite inferior que supera en muchos casos el porcentaje establecido para los adultos. Por su parte, los pocos estudios que establecen la tasa de prevalencia de jugadores problema indican una tendencia, más acrecentada que en la población adulta, a duplicar como mínimo el porcentaje de jugadores patológicos (ver Tabla 4.13.).

TABLA 4.12. Resumen de los estudios sobre hábitos de juego en los adolescentes

Autor	País	Edad	N	% Jugadores (últimos 12 meses)	% Jugadores regulares	Tipo de juego	% Participación en cada juego
Rosenstein y Reutter (1980)	EEUU	High School	164	49.3	22	Cartas Apuestas deportivas Carreras de caballos	56 49 39
Amati (1981)	India	7-16	136	68	39	Cartas Juegos de números	57 30
Arcuri et al (1985)*	EEUU (New Jersey)	14-19	1.120	64	9	Slot-machines Blackjack	66 21
Jacobs et al (1985)	EEUU (California)	14-18	843	20	4		
Jacobs et al. (1987)	EEUU (California)	14-18	257	45	6	Cartas Lotería Juegos de habilidad	40 40 33
Jacobs y Kuley (1987)	EEUU (Virginia)	14-18	212	40	10	Cartas Juegos de habilidad Lotería	36 30 27
Lesieur y Klein (1987)	EEUU (New Jersey)	17-18	892	86	32	Cartas Juegos de casino Lotería Apuestas deportivas	49 46 45 45
Steinberg (1988)	EEUU (Connecticut)	14-18	573	60		Cartas Bingo Lotería	66 66 51
Ide-Smith y Lea (1988)	Inglaterra (Devon)	13-14	51	89		Slot-machines Cartas Apuestas Juegos de monedas	81 53 51 26
Ladouceur y Mircault (1988)	Canadá (Quebec)	14-18	1.612	65	24	Loterías Apuestas deportivas Cartas	60 45 36
Frank (1990)*	EEUU (New Jersey)	≤21	636	70		Slot-machines Blackjack Ruleta	64 28 6
Lesieur et al. (1991)	EEUU (New York, New Jersey, Oklahoma, Texas, Nevada)	16-57 ($\bar{x}=22.3$)	1.771	85	23	Slot-machines Cartas Juegos de casino Loterías	54 51 49 46
Fisher (1993a)	Inglaterra	11-16	460	99	29	Fruit-machines Cartas Juegos de habilidad	62 30 27
Gaboury y Ladouceur (1993)	Canadá (Quebec)	14-18	289	63.5	21	Loterías Cartas Apuestas deportivas	48 41 23
Wallisch (1993)	EEUU (Texas)		924	66			
Winters et al. (1993a)	EEUU (Minnesota)	15-18	1.101	89	8.3		
Winters et al. (1993b)	EEUU (Minnesota)	15-18	702	86	4.6-6.4	Cartas Juegos de habilidad Apuestas deportivas	50 40 37

TABLA 4.12. Resumen de los estudios sobre hábitos de juego en los adolescentes (continuación)

Autor	País	Edad	N	% Jugadores (últimos 12 meses)	% Jugadores regulares	Tipo de juego	% Participación en cada juego
The Canadian Foundation on Compulsive Gambling (1994)	Canadá (Ontario)	12-19	400	65			
Ladouceur et al. (1994b)	Canadá (Quebec)	16-23	1.471	89.6	21.7	Loterías Cartas Video poker machine Apuestas deportivas Bingo	78 41 33 26 25
Ladouceur et al. (1994c)	Canadá (Quebec)	8-12	1.320	86	41	Loterías Bingo Cartas Apuestas deportivas Slot-machines	61 55 53 48 29
Oster y Knapp (1994)	EEUU (Nevada)	universidad	544	92	22	Video poker machine Cartas/caballos Slot-machines	83 (♂)/72 (♀) 82 (♂)/46 (♀) 78 (♂)/77 (♀)
			350	91	24	Video poker machine Juegos de casino Slot-machine	81 (♂)/71 (♀) 80 (♂)/ 0 (♀) 77 (♂)/76 (♀)
Buchta (1995)	EEUU (California)	12-18	200	71		Apuestas deportivas Cartas Loterías Carreras de caballos Juegos de casino	61 42 40 39 16
Derevensky et al (1996)	Canadá (Montreal)	9-14	104	70	53		
Devlin y Peppard (1996)	EEUU (Connecticut)	18-23+	238	72.7	7.1	Loterías Cartas Slot-machines Juegos de casino	47 36 32 30
Govoni et al. (1996)	Canadá (Ontario)	14-19	935	90.8		Rasca y gana Cartas Despega y gana Juegos de habilidad Loterías Bingo Apuestas deportivas Video poker machine	76 65 56 54 52 43 35 28
Gupta y Derevensky (1997)	Canadá (Montreal)	9-14	467	81	52		
Adebayo (1998)	Canadá (Alberta)	12-15	745	98		Rasca y gana Bingo Cartas Juegos de habilidad Apuestas deportivas Lotería Despega y gana	60 47 38 37 35 24 23
Proimos et al. (1998)	EEUU (Vermont)	13-18	21.297	53			

Fuente: Griffiths (1995a), adaptado y ampliado.

* Exclusivamente juegos de casino.

Slot-machine: término genérico utilizado para referirse a cualquier máquina caracterizada por la inserción de una moneda, la acción de un mecanismo de azar y el abono del premio dependiendo de los resultados. Fruit-machine: slot-machine en la que existe la posibilidad de interactuar con la máquina (ej.: reteniendo figuras, acumulando premios, etc.). Video poker-machine: slot-machine en la que se juega a las cartas, existiendo la posibilidad de interactuar con la máquina (ej.: reteniendo ciertas cartas en cada tirada).

TABLA 4.13. Estudios sobre prevalencia del juego patológico en niños, adolescentes y universitarios

Autor (año)	País	Año	N	Edad	Instrumento utilizado	% Jugadores patológicos	% Jugadores problema
Lesieur y Klein (1987)	Estados Unidos - New Jersey	1984	892	17-18	CLQ	5.7	-
Jacobs (1989) ¹	Estados Unidos - California - California - Connecticut	1985 1987 1988	843 257 573	≤ 18	GATQ GATQ DSM-III	4.0 4.0 5.0	- - -
Lesieur et al. (1991)	Estados Unidos - New York - New Jersey - Nevada - Oklahoma - Texas	1987-88	1.771	16-57 ($\bar{x}=22.3$)	SOGS + JHS	5.5 8.0 6.0 4.0 5.0 5.0	15.0 18.0 16.0 16.0 11.0 12.0
Zitzow (1992) ²	Estados Unidos - Minnesota	1992	161 115	14-19		5.6 ^a 9.6 ^b	
Volberg (1993) ³	Estados Unidos - Washington State	1993	1.054	13-17	SOGS Multifactor Method	1.5 0.9 ^c	6.5 9.0 ^d
Wallisch (1993) ³	Estados Unidos - Texas	1992	924	14-17	SOGS Multifactor Method	3.7 5.0 ^c	8.7 11.7 ^d
Winters y Stinchfield (1993) ³	Estados Unidos - Minnesota	1990 1991-92	532	15-18	SOGS-RA Seguimiento	2.9 ^e 3.5 ^c	11.7 ^d 9.3 ^d
Winters et al. (1993b)	Estados Unidos - Minnesota	1990	702	15-18	SOGS-RA	8.7 ^e	17.1 ^d
Oster y Knapp (1994) ⁴	Estados Unidos - Nevada		544 350	Estudiantes universitarios	SOGS SOGS DSM-III-R	11.2 8.0 5.7	- - -
Shaffer et al. (1994)	Estados Unidos - Boston	1993	856	13-20	MAGS - DSM-IV - MAGS	6.4 8.5	- 13.9
Devlin y Peppard (1996)	Estados Unidos - Connecticut	1994	238	18-23+	SOGS-Plus	2.5	
Zitzow (1996)	Estados Unidos		277	12-19	Adolescent Gambling Survey	7.2	12.3
Ladouceur y Mireault (1988)	Canadá - Quebec	1986	1.612	14-18	DSM-III CLQ	1.7 3.6	- -
Gaboury y Ladouceur (1993)	Canadá - Quebec		289	14-18	SOGS	6.7	-
Ladouceur et al. (1994b)	Canadá - Quebec	1993	1.471	16-23	SOGS + JHS	2.8	5.8
The Canadian Foundation on Compulsive Gambling (1994) ⁵	Canadá - Ontario		400	12-19	SOGS	4.0	33 ^a
Govoni et al. (1996)	Canadá - Ontario	1994	935	14-19	SOGS-RA	8.1 ^e	9.4 ^d
Fisher (1993a)	Inglaterra	1990	460	11-16	DSM-IV-J	5.7	-
Arbinaga (1996a,b)	España - Huelva		105 146	14-17 13-26	SOGS	2.9 2.7	6.7 10.3

¹ Becona (1993a)² Winters et al. (1995)³ Shaffer y Hall (1996)⁴ Stinchfield et al. (1997)⁵ Griffiths (1995a)⁶ Govoni et al. (1996)

Adolescent Gambling Survey = protocolo que incluye items del SOGS, criterios del DSM-III-R, items de las 20 preguntas de G.A. y otra serie de cuestiones referentes a tipos de juegos.

CLQ = Cuestionario de Lesieur y Klein (1987) que evalúa los signos del DSM-III.

DSM-IV-J = Criterios del DSM-IV (versión juvenil) (Fisher, 1993).

GATQ = Gamblers Anonymous Twenty Questions.

JHS = Jacob's Health Survey.

MAGS = Massachusetts Gambling Screen (Shaffer et al., 1994).

• Subescala MAGS= 14 items derivados del Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST)

• Subescala DSM-IV= 12 cuestiones derivadas de los criterios del DSM-IV

Multifactor Method= sistema de clasificación desarrollado a partir del SOGS-RA.

SOGS= South Oaks Gambling Screen (Lesieur y Blume, 1987)/SOGS-RA= SOGS-Revised Adolescent (Winters et al., 1993).

SOGS-Plus= 6 dimensiones que incluyen los items del SOGS y otros adicionales.

^a muestra no india^b muestra indios-americanos^c jugador problema^d jugador en riesgo^e puntúan 1-4 en SOGS

A la citada variabilidad de los datos posiblemente contribuya la diversidad de instrumentos con los que se ha evaluado a esta población infanto-juvenil, terreno compartido por cuestionarios clásicos como el SOGS, criterios diagnósticos en versiones de diferente actualidad o entrevistas ad hoc como la versión juvenil de los criterios del DSM-IV. Por ello quizá sea interesante el meta-análisis realizado por Shaffer y Hall (1996) que indica, a partir de los estudios realizados en Norteamérica, que entre el 4.4% y el 7.4% de los adolescentes manifiestan patrones de juego patológico, con otro 9.9-14.2% que corren el riesgo de desarrollar un serio problema con el juego.

Pero en esta dispersión de datos, que siempre puede llevar a una ponderación mental que obvie los extremos, conviene destacar, de nuevo, que las cifras menos alarmantes acerca del número de jugadores patológicos entre los jóvenes se aproximan a las establecidas en los adultos para referirse a esa categoría más numerosa que conforman los jugadores problema, superando con un amplio margen las referidas al juego patológico en unos adultos que no sufren ninguna limitación legal con respecto a esta actividad.

Un último dato, aquel que hace referencia a los procedimientos empleados por los jóvenes en la obtención de dinero para jugar, y que ratifica el alcance de una actividad que se acompaña en un número notable de ocasiones de conductas delictivas concomitantes que, en el mejor de los casos, no siendo un delito constituyen una infracción digna de mención, no tanto por su novedad como por su regularidad (ver Tabla 4.14.), perturbando la vida escolar o laboral (cifras que según Ladouceur y Mireault (1988) llegan al 6.2% de los entrevistados que admiten tener problemas en estas áreas debido al juego).

Una vez más, observando los datos se podría alegar que tales conductas son comunes en la población adolescente y que no necesariamente tienen que ir asociadas al juego. Quizá la comparación (ver Tabla 4.15.) que ofrece Fisher (1992) acerca de las diferentes formas de obtención de dinero en jugadores sociales y patológicos sirvan para descartar esta alternativa.

En esta descripción de la conducta de juego adolescente que proporcionan las citadas investigaciones, no se debe pasar por alto las limitaciones a las que está sometida su generalización (Stinchfield et al., 1997), a saber: (a) un tamaño muestral relativamente reducido; (b) unas tasas de respuesta restringidas; (c) problemas de generalización a la población adolescente, sobre todo en las encuestas telefónicas por su baja tasa de respuesta y en aquellas que seleccionan muestras determinadas; (d) la mayoría de los estudios arrojan unas cifras que únicamente señalan las conductas de juego pero no indican cuando se ha producido el cambio en las mismas; y (e) los datos están basados en autoinformes no contrastados, existiendo, al menos potencialmente, la posibilidad de obtener, de forma intencionada o no, una información falsa. A lo que hay que añadir las limitaciones propias de los métodos utilizados, por un lado las entrevistas telefónicas adolecen de una serie de problemas que ya han sido comentados, y que en el caso de una población adolescente se ven acrecentados por la necesidad de contar con el consentimiento paterno y el sesgo de respuesta derivado de un contexto incontrolable, en el que las respuestas se pueden ver afectadas por las personas que estén escuchando o, en su caso, por la admisión de una conducta ilegal. Por su parte, en las encuestas de lápiz y papel realizadas en el marco escolar siempre cabe la posibilidad de que esas personas que en el momento de la encuesta no se encontraban en el aula (por diversas causas como expulsión, absentismo...) tengan unas conductas de juego significativamente diferentes.

TABLA 4.14. Conductas para la obtención de dinero con el que jugar (porcentaje de la muestra total)

Autor	Pedir dinero prestado	Usar el dinero de la comida	Robar dinero
Huff y Collinson (1987)	-	-	28
Barham y Cornell (1987)	16.4	-	3.2
Ladouceur y Mireault (1988) ¹	27	9	5 ^b (2.5) ^c
Lesieur (1988a) ²	46	14	2 ^b 4 ^c
National Housing and Town Planning Council (1988)	35	16.7	7.4
Spectrum Children's Trust (1988)	16.5	-	4.3
Beverly Area Management Committee (1989)	-	-	4 (22) ^a
Leeds Polytechnic (1989)	20	-	10
Griffiths (1990)	24 (38) ^a	18	12 (18) ^a
Rands y Hooper (1990)	7.3	3.6	1.5 ^b (0.8) ^c
Walton (1990)	22	12	7
Huxley y Carroll (1992)	40	24	12 ^b (5) ^c
Fisher (1993)	37	21	11 ^b (2) ^c
Fisher (1995) ³	55 ^d (33) ^e	21 ^d (6) ^e	21 ^d (7) ^e

Fuente: Griffiths (1995a), adaptado y ampliado.

^a sólo ha ocurrido una vez.^b a los miembros de la familia.^c fuera de la familia.^d visitantes regulares de salones recreativos.^e visitantes casuales de salones recreativos.¹ 2.7% (venta de droga).² 5% (venta de droga).³ (9%)^d y (2%)^e (venta de posesiones).

TABLA 4.15. Conductas para la obtención de dinero con el que jugar: jugadores sociales versus jugadores patológicos (en porcentaje)

Conductas para la obtención de dinero con el que jugar		Número de ocasiones en las que se ha cometido la conducta		
		Nunca	Una o dos veces	Más de dos veces
Pedir dinero prestado	Jugadores sociales	67	28	5
	Jugadores patológicos	19	42	39
Usar el dinero de la comida	Jugadores sociales	91	8	1
	Jugadores patológicos	61	12	27
Vender posesiones	Jugadores sociales	99	1	0
	Jugadores patológicos	69	23	8
Robar a la familia	Jugadores sociales	93	6	1
	Jugadores patológicos	54	19	27
Robar fuera de casa	Jugadores sociales	100	0	0
	Jugadores patológicos	88	4	8

Fuente: adaptado de Fisher (1992).

4.2.2. Los salones recreativos: un entretenimiento automático

“El *Penny Arcade* ha llegado a ser una institución estable como el teatro, la ópera, el circo, un concierto, la lectura o el gimnasio, pues combina todo esto en una estructura modificada; y debido a su demanda universal, especialmente por las clases más pobres, está destinado a crecer constantemente en popularidad y tamaño” (Herbert Mills, propietario de la Mills Novelty Company of Chicago, empresa dedicada al próspero negocio de las máquinas de entretenimiento).

Retroceder en el tiempo hasta las últimas décadas del siglo pasado a lo largo de la Europa Occidental y Norteamérica significa, entre otras cosas, situarse en pleno auge del invento automático. Por insólito que resulte, lo cierto es que la mayoría de las máquinas que operan con monedas, integrantes del paisaje actual, tuvieron sus orígenes en los años que transcurrían entre 1880 y finales del siglo XIX. Bajo el auspicio de las compañías ferroviarias, una gran variedad de máquinas expendedoras adornaban sus estaciones con el fin de ofrecer un servicio al cliente, lo que no impidió que abonaran asimismo el terreno para las *arcade machines*: se podía descubrir el futuro en la máquina de la fortuna, calibrar la fuerza en la máquina atlética o escuchar las últimas melodías en las máquinas de música predecesoras de las famosas *Juke box* (Costa, 1988).

Serán los primeros años del incipiente siglo XX los que constituyan la edad de oro de los *arcade*, esos bazares de entretenimiento en los que por la suma de un penique se podía, en palabras de Herbert Mills, “escuchar la música más elegante producida por bandas de célebres músicos y oír la voz de Caruso o Melba de forma tan perceptible como si en lugar de un centavo se hubieran pagado los cinco dólares de una entrada para la ópera. En un instante uno puede ser transportado a variados e interesantes lugares lejanos miles de millas y ver escenarios que costarían cientos de dólares a través de un viaje. Aventurarse en diversos pasatiempos atléticos y usar aparatos de gimnasio que supondrían cientos de dólares en la propia casa. El Penny Arcade, tal como existe hoy, es tan edificante como el drama, la lectura o los museos...” (Costa, 1988, p.29).

Tragaperras: esos bandidos mancos

De todas las máquinas que operan con monedas, las de los juegos de azar han sido, sin duda, las más versátiles desde que comenzaron su andadura ofreciendo al jugador la única finalidad de conseguir el dinero insertado previamente por otros jugadores. La promesa de un dinero fácil hacen de esta máquina, cuyo primer modelo data de 1876, una propuesta de baja inversión y elevadas ganancias, pero con un desarrollo divergente en Europa y Norteamérica a causa de las severas restricciones legales de países como Inglaterra o Francia, de las cuales carecía Estados Unidos o al menos eran más liberales. Así en Inglaterra, los fabricantes de tales inventos debían compaginar la introducción de ciertos elementos de azar, que asegurasen que las posibles habilidades de un jugador no le iban a hacer ganar repetidamente, con la inclusión de suficientes componentes de habilidad que complacieran a las autoridades. En Francia, donde los juegos de azar no eran ilegales mientras no se jugase por dinero, la limitación consistió en un premio

en monedas canjeables por un máximo de tres veces la apuesta original. Mientras que en América, como consecuencia de un clima legal más favorable, florecieron todo tipo de máquinas de azar: carreras de caballos, ruletas o juegos de cartas automáticos, que dieron paso a otros artilugios cuya novedad era un proceso de pago de premios también mecanizado; versiones de lujo, juegos de dados e incluso, cuando las leyes lo permitían, al tiempo que la máquina se utilizaba la música sonaba.

Guessing Bank, Eureka, Slot Machine, Tivoli, The Owl o The Little Monte Carlo fueron nombres que hicieron furor a ambos lados del Atlántico, pero será la llamada *Liberty Bell*, creación de Charles Fey en 1905, con sus herraduras, campanas y estrellas girando, la que se convierta en el estandarte de esos *bandidos mancos*. Desde las tabernas más modestas hasta los restaurantes más suntuosos o desde las tiendas más insignificantes hasta los hoteles más distinguidos, las máquinas aparecían diseminadas por prácticamente cualquier lugar (Costa, 1988).

En el marco de un clima de restricciones legales que desembocaron en la célebre ley seca de los años '20, la *Liberty Bell* consiguió ser comercializada como una máquina expendedora de chicles. Para ello la Mills Novelty Company of Chicago, que por entonces manufacturaba un modelo más perfeccionado con ocho mil posibles combinaciones y unos cristales mayores que permitían ver los símbolos inmediatamente por encima y debajo de la línea central ganadora, sustituyó las tradicionales figuras de los naipes y las alegorías a la suerte por frutas que representaban los sabores de las citadas golosinas. Con este disfraz cruza el Atlántico; Inglaterra, Francia o Alemania serán inicialmente tolerantes con unas máquinas cuya proliferación hará inevitable que esa flexibilidad inicial se tome en denuncia y acusaciones. Como resultado de las nuevas tendencias legisladoras y del clima de tensión que reinaba a escala internacional, el mercado de las máquinas de azar a finales de los años '30 había descendido considerablemente, obligando a esta industria a adentrarse en otros campos como el de las máquinas dispensadoras de bebidas no alcohólicas o los congeladores para helados. Será el período de la posguerra, como en otras épocas de crisis económica, cuando ese fervor antijuego vaya decayendo y dando paso a legislaciones menos restringidas, como el caso del estado de Nevada que al legalizar todos los juegos de azar, excepto la lotería, se convirtió en un oasis en el desierto, o la rescisión de la ley antijuego nazi y con ella las diferencias establecidas entre los juegos de azar y de habilidad, o la autorización para la producción inglesa de tales máquinas, reconociendo la legitimidad del juego *efímero* como una actividad social que no necesariamente se debía asociar a corrupción moral o criminalidad (Costa, 1988).

La historia de las máquinas recreativas con premio va inevitablemente asociada a los anales de las salas recreativas, esos lugares de ensueño así definidos por uno de sus más insignes promotores. Tales máquinas, que al principio simplemente constituían una alternativa más en ese universo de fantasía, acabaron convirtiéndose en las estrellas principales cuyo protagonismo sólo se vio empañado por las cortapisas de la legislación vigente. Tal ha sido su influencia que la genérica e inocua expresión de *amusement arcade* (galerías de entretenimiento) se ha visto reemplazada por el término inequívoco de *gambling arcade* (galerías de juego). La preponderancia del juego de azar en estos locales no se refleja tan claramente en la denominación castellana de sala recreativa, pues además de ser esta última sinónimo de diversión y entretenimiento, la existencia del término vulgar de *tragaperras* hace que la expresión de máquina recreativa no se asocie unívocamente a este tipo de juego.

“La última década ha sido testigo de una despenalización del juego sin precedentes en numerosos territorios por todo el mundo... La sofisticación y proliferación resultante de máquinas recreativas ha sido desmesurada” (Fisher y Griffiths, 1995, pp. 239-240). Un desarrollo desmedido y tal vez precipitado de

esas arcas modernas cuyo contenido en monedas, anhelos y desvelos estará en función de los matices legales aplicados por el país huésped. Sirva de ejemplo las disposiciones legales de cuatro países europeos caracterizados por la diversificación y ubicuidad de sus máquinas recreativas.

Alemania

Con una gran expansión de los salones recreativos durante la década de los '80, dispone de dos tipos de máquinas:

- *Clásicas slot machines*, con una ubicación exclusiva en casinos.
- *Slot machines al estilo alemán*, que la ley no las cataloga como juegos de azar sino como máquinas de entretenimiento con posibilidad de obtener premios en dinero, permitiendo su instalación en salas recreativas (un máximo de diez) donde el acceso está legalmente prohibido a menores de 18 años, y en pubs (un máximo de dos).

A su emplazamiento restringido hay que sumarle unas inversiones y ganancias poco cuantiosas, aunque la introducción de nuevos sistemas de juego, como son los especiales o los que implican riesgos extra, consiguen eludir unas normas que pretenden proteger al jugador de estas máquinas con denominación de origen (Bühninger y Konstanty, 1992; Fabian, 1995).

España

Aprobadas por Real Decreto en 1981 (1794/1981), tres tipos de máquinas recreativas son legalizadas:

- *Máquinas recreativas tipo A*. Aquellas que se limitan a conceder al usuario un tiempo de uso o de juego a cambio del precio de la partida, sin que puedan dispensar ningún premio en metálico, en especie o en forma de puntos canjeables por objetos o dinero. En algunos casos, como único aliciente adicional, consecuencia de la habilidad del jugador, se incluye la posibilidad de seguir jugando por el mismo importe inicial en forma de prolongación de la propia partida o de otras adicionales (máquinas de jugar la partida, máquinas come cocos o de marcianos).
- *Máquinas recreativas tipo B*. Aquellas que, a cambio del precio de la jugada (apuesta mínima de 25 ptas), conceden al usuario un tiempo de uso o de juego y, eventualmente de acuerdo con el programa de juego, un premio en metálico cuya cuantía máxima asciende a 7.500 ptas (máquinas tragaperras). También se incluyen en este grupo las llamadas "grúas", las de "bote electrónico" o similares y las expendedoras que contengan algún elemento de juego, apuesta, envite o azar.
- *Máquinas recreativas tipo C*. Similares a las tipo B pero con apuestas y premios mayores, ya que las apuestas pueden llegar a 600 ptas y el premio alcanzar las 150.000 ptas y que sólo se encuentran en los casinos, en los que se incluye un premio especial de 1.200.000 ptas.

Mientras que las máquinas recreativas tipo A son instaladas en aquellos establecimientos a los que pueden acceder los menores de edad, incluidos bares siempre que no se consuman bebidas alcohólicas; en los locales donde coexisten máquinas recreativas tipo B y bebidas alcohólicas el acceso a los menores de 18 años está prohibido. La simultaneidad de máquinas recreativas tipo A y B debe resolverse limitando un espacio para las tragaperras fuera del alcance de esta población. Por su parte las máquinas recreativas tipo C se encuentran exclusivamente en los casinos, donde la entrada está prohibida a los menores de edad. Afirmar que de forma notoria tales restricciones no se ejecutan resulta redundante, por ello han surgido otro tipo de limitaciones con un cariz marcadamente económico, como son la reducción a un máximo de dos máquinas recreativas (una de cada tipo) en los establecimientos de

hostelería, así como el incremento (disuasorio) de las tasas fiscales por cada artilugio (Becoña et al., 1995).

Holanda

País caracterizado por una gran tolerancia, donde las apuestas no iban a ser la excepción, dispone de una legislación de los juegos de azar que data de 1964. En este caso se establece una distinción entre las slot machine y los juegos de habilidad con una estructura de slot machine (por ejemplo, el juego de ruleta llamado “Golden Ten”), pero en ambos casos su ubicación se encuentra restringida a los casinos (ya sean legales o ilegales) debido a la derogación de todas las máquinas situadas en cafeterías y clubs deportivos o sociales (Fisher y Griffiths, 1995; Becoña, 1996c).

Reino Unido

Legalizados los juegos de apuestas en 1968, las slot (fruit) machines se convierten en el único juego de azar comercial legalmente disponible para los menores de 18 años. En este país las máquinas recreativas se agrupan en tres categorías (Bentall et al., 1989; Fisher, 1991; Griffiths, 1995a):

- *Amusement with prize machines (AWP)*. Serían las sucesoras de la “Liberty Bell” con el lógico incremento en su complejidad debido a los avances tecnológicos. A su vez existen dos tipos de AWP en función de la cuantía de la apuesta y de los premios:
 - Fruit machine: con una apuesta máxima de 20 peniques y un premio máximo de 3 libras en dinero o 6 libras en fichas para invertir en posteriores jugadas. Su distribución incluye los salones recreativos, cafeterías, restaurantes, vestíbulos de cines, locales de comida rápida...
 - Jackpot machine: tiene una apuesta fija de 20 peniques y un premio máximo de 200 libras. Se encuentran exclusivamente en establecimientos de juego autorizados o en clubs privados.
- *Skill with prize machines (SWP)*. Conocidas también como *Trivia machine* consisten en un conjunto programado de preguntas sobre cultura general que se activa con la inserción de una moneda (generalmente 10 ó 20 peniques). La respuesta correcta de un número predeterminado de preguntas proporciona un premio en dinero. Al no requerir licencia pueden colocarse en cualquier establecimiento.
- *Video game machines*. Estas máquinas se componen de un juego electrónico programado que, de nuevo, se activa después de la inserción de una moneda (generalmente 10 ó 20 peniques). Los videojuegos no ofrecen ganancias monetarias, sólo la posibilidad de acumular puntos durante la sesión, de manera que las puntuaciones altas quedarán grabadas junto al nombre del jugador en el *hall of fame* e incluso, en ciertas ocasiones, podrán ofrecer al *virtuoso* partidas gratis. Como tampoco necesitan licencia tienen una gran diversificación de emplazamientos.

Si se traducen estas normativas en cifras, aparecen unas 49.000 máquinas recreativas con premio instaladas en salas de juego y otras 125.000 en diversos lugares públicos de Alemania; 50.000 en Holanda con un plus de 30.000 juegos de habilidad en forma de máquina recreativa y casi 400.000 (A: 168.262; B: 227.372; C: 1.496) diseminadas por centros de ocio, bingos, casinos, bares y restaurantes a lo largo de toda la geografía española (Becoña, 1996c; Comisión Nacional del Juego, 1999). Y un gobierno inglés con el propósito de permitir la introducción de todas las máquinas recreativas en pubs, bingos, centros de apuestas y salones recreativos, como asimismo el incremento en el número de máquinas situadas en casinos

y clubs (Fisher y Griffiths, 1995).

Sea cual fuere el nombre técnico que se les asigne, todas estas máquinas tienen en común una evolución dependiente de esa industria del juego que, de forma fortuita o como resultado de elaborados métodos de marketing, ha ido perfeccionando sus modelos con objeto de inducir al juego (y si es posible mantenerlo). Sofisticados aparatos con música, luces y sonidos que conforman su *aura reclamo*, múltiples combinaciones ganadoras (y mayores posibilidades de perder), botones que ofrecen la *oportunidad* de parar o avanzar las figuras de forma independiente, un visor mayor para que el jugador pueda percatarse de las *casi ganancias* (y piense “a la próxima”)... Y con toda seguridad más innovaciones en las máquinas de nueva generación para que no pierdan su poder de atracción.

Ocupando los primeros puestos del ranking, las máquinas recreativas con premio se consolidan como uno de los juegos con más adeptos en países como España, donde su accesibilidad es manifiesta (ver Tabla 4.2.). Posición que se mantiene entre los jugadores patológicos, cuya participación mayoritaria en este juego (ver Tablas 4.10. y 4.11.) queda patente en dos datos destacables (Becoña, 1993b): para el 50% de los jugadores patológicos las máquinas tragaperras constituyen su actividad de juego diario predominante y el 43% de los mismos dilapida su gasto de juego mensual máximo en estos artefactos. En la población de jugadores patológicos que acuden a tratamiento también aparece una clara preferencia hacia este tipo de juego, porcentajes que oscilan entre un 75-84% en España (Báez et al., 1994; Becoña et al., 1995) o un 59-83% en Alemania (Fabian, 1995) y que se sitúa en un 60% en Holanda (Becoña, 1996c). Parecen datos suficientes para ratificar su capacidad de sugestión.

Sus características estructurales y situacionales hacen de este juego el elegido por antonomasia entre la población de menor edad, un dato en absoluto baladí si se tiene en cuenta que a ese rango de edad que no supera los 30 años le corresponden las tasas más elevadas de juego patológico (ver Tablas 4.10. y 4.13.). Su singularidad, la apariencia de un juego de habilidad y su amplia difusión son algunos de los rasgos que favorecen dicha elección. En este punto resulta interesante repasar la Tabla 4.12., en la que se pueden observar las diferencias existentes, en función del país, en las preferencias de juego de los adolescentes, y un dato significativo: en los estudios realizados en Norteamérica las máquinas recreativas con premio no se encuentran entre los juegos más practicados (exceptuando los dos estudios referidos exclusivamente a juegos de casino). Inferir, por tanto, que en la inclinación hacia un determinado juego interviene de forma decisiva su disponibilidad no parece descabellado y lo que es lo mismo, afirmar que tanto el juego per se (características estructurales) como su localización (características situacionales) contribuyen a la elección de un juego sobre los demás, significa poner de manifiesto la relevancia de la regulación de los juegos de azar, no tanto en el florecimiento de problemas de juego como en la tendencia a que esos problemas estén relacionados con un juego determinado.

Inglaterra, país que permite el acceso a prácticamente la totalidad de sus máquinas recreativas, y España, donde una legislación algo menos permisiva no se cumple, se erigen en dos claros ejemplos de una tendencia desproporcionada hacia un juego que se encuentra diseminado por bares, restaurantes, salas recreativas... Mientras que otras naciones como Alemania u Holanda se han decantado por adoptar ciertas medidas que detengan el juego entre los menores de edad; los salones recreativos o galerías de juego, y con ellos las máquinas recreativas de todo tipo, se multiplican por el territorio inglés y español, creando una afición desmedida entre los más jóvenes a esos *bandidos blancos* que con el progreso perdieron el único brazo que les quedaba. Una tendencia a buscar la suerte entre cerezas, sandías o limones que queda avalada por las investigaciones realizadas en estos últimos años entre los jóvenes ingleses (ver Tabla 4.16.).

TABLA 4.16. Resumen de los estudios sobre máquinas tragaperras en Reino Unido

Autor	Edad	N	Tamaño muestral		% Jugadores (últimos 12 meses)	% Jugadores regulares (1 vez/semana)
			♂	♀		
Waterman y Atkin (1985)	14-18	451	-	-	77	9
Huff y Collinson (1987)	15-21	100	100	0	60	24
Barham y Cornell (1987)	11-16	329	163	166	51	19
Ashdown (1987)	11-15	71	40	31	70	23
Ide-Smith y Lea (1988)	13-14	50	30	20	81	-
National Housing and Town Planning Council (1988)	13-16	9.752	5.184	4.434	64	14
Spectrum Children's Trust (1988)	11-16	2.434	1.223	1211	66	8.7
Graham (Home Office) (1988)	10-16	1.946	960	986	27	6
Wyatt (1988)	11-15	634	386	248	59	-
	11-15	194	-	-	84	-
Beverly Area Management Committee (1989)	14-20+	50	-	-	94	90
Leeds Polytechnic (1989)	11-16	576	-	-	39	6
Bentall et al. (1989)	15-51+	213	160	50	100	41
Lee (1989)	9-18	1.399	747	652	72	41
Griffiths (1990a;b)	14-21	50	39	11	100	34
Griffiths (1990b;c)	19	8	8	0	100	100
Rands y Hooper (1990)	11-16	2.817	-	-	20.5	9
Walton (1990)	13-16	2.704	1.325	1.379	83	32
	13-16	367	176	191	76	29
	13-16	146	77	69	66	9
Centre for Leisure Research (1990)	todas	3.297	-	-	54	38
Trott y Griffiths (1991)	17-24	40	40	0	100	62.5
Huxley y Carroll (1992)	11-15	1.332	678	654	40	21
Brown y Robertson (1993)	11-18	380	-	-	21	4.7
Fisher (1993a)	11-16	460	221	239	62	17
Mayne y Tyreman-Wilde (1993)	>16	96	44	52	38.5	16
	16-21	372	200	172	35	13
	6-11	200	96	104	40.5	-
	11-18	736	357	373	81	24
	13-14	50	29	21	34	24
Fisher (1995) ¹	11-16	954	-	-	-	18-21

¹ Fisher y Griffiths (1995).

Fuente: adaptado de Griffiths (1995a).

Con la cautela necesaria con la que se deben comparar los datos aportados por diferentes estudios que integran variados métodos de muestreo, de recogida de información o tamaños muestrales muy dispares (Fisher, 1993b; Griffiths, 1995a), se podría concluir que las máquinas tragaperras constituyen, debido a las oportunidades de juego disponibles en el Reino Unido, no sólo el juego de apuestas más practicado sino una de las principales actividades de ocio entre la gente joven. Un juego con visos de convertirse en problemático cuanto mayor sea su regularidad.

En la población con edades comprendidas entre los 11-16 años y evaluados con el DSM-IV-J, se pueden considerar jugadores patológicos de máquinas recreativas tipo B entre el 1.6-2.2%; cifra que al referirse al número de jugadores ocasionales dedicados a este mismo juego se eleva a un intervalo que oscila entre 4.7-4.9% (Becona y Gestal, 1996; Villa et al., 1997). A su vez, entre el 7-9% de la población de jugadores de máquinas tragaperras (*fruit machines*) con esta misma edad, son probables jugadores patológicos según el DSM-IV-J (Fisher, 1992, 1993a; Fisher y Griffiths, 1995). Todos estos datos referidos a estudios realizados en España e Inglaterra evidencian la magnitud de un problema difícil de eludir.

Como resultado de esta proliferación de estudios sobre el juego con máquinas recreativas en adolescentes, se han podido detectar algunos factores de riesgo a padecer un trastorno asociado a esta actividad, que Griffiths (1995c) resume en el siguiente listado:

- ser varón (16-25 años)
- comenzar a jugar a las máquinas tragaperras a una edad temprana (alrededor de los 8 años)
- aparición de un premio importante en las primeras experiencias con las máquinas
- comenzar a jugar a las máquinas acompañado de los padres o solo
- estar deprimido antes de jugar a las máquinas tragaperras
- estar excitado mientras se juega
- mayor número de pensamientos irracionales durante el juego
- mayor atracción hacia el aura de las máquinas tragaperras
- considerar las máquinas tragaperras como un juego de habilidad
- bajo rendimiento escolar
- tener hábitos relacionados con conductas adictivas (fumar, consumo de alcohol o drogas)
- tener unos padres con problemas de juego, alcohol o drogas
- tener una historia delictiva

En una actividad cuya detección, a diferencia del consumo de alcohol y/o drogas, resulta difícil, la posibilidad de identificar signos externos que sirvan de alarma parece un reto muy productivo; en este sentido, Griffiths (1995c) destaca ciertas señales que, a pesar de poderse atribuir sencillamente al período de la adolescencia, su aparición conjunta podría estar reflejando un problema de juego:

- bajada repentina en el nivel de rendimiento escolar
- salidas diarias con evasivas sobre dónde va
- cambios de personalidad tales como comportarse de forma adusta, estar malhumorado o constantemente a la defensiva
- desaparece dinero de casa
- vende posesiones valiosas y sin embargo no se sabe lo que ha pasado con el dinero
- pérdida de interés por actividades que antes le entretenían
- falta de concentración
- una actitud de “¡me importa un bledo!”
- despreocupación por la apariencia y la higiene

Un elenco tentativo de factores de riesgo que unido a la identificación de signos externos de alarma permite iniciar el desafío de desarrollar programas preventivos en poblaciones de alto riesgo.

Comecocos: ¿realidad o metáfora?

Convertidos en lugares sociales, los salones recreativos se caracterizan por un concurrido público adolescente. “Es un lugar de encuentro... telefoneas a un amigo para preguntarle «¿dónde quedamos?» y generalmente te dicen «en la sala recreativa»” (Fisher, 1995, p. 74). Tradicionalmente frecuentados por jóvenes varones (en el estudio de Griffiths y Minton (1997), con una muestra compuesta por 64 sujetos asiduos a los salones recreativos, el 94% eran varones y el 84% adolescentes; ver estudio de Bentall et al. (1989) en la Tabla 4.17.), esos lugares vedados a la vigilancia

paterna tienen su mejor reclamo en una amplia oferta de máquinas recreativas inmersas en una atmósfera de luces de neón agitándose al compás de la música y el bullicio. Un escenario complejo donde el juego se convierte en una actividad social. Los *reyes de la sala*, Los *aprendices*, los *sacude-máquinas*, o los *buscadores de acción* son algunos de los protagonistas cuyas *habilidades* y motivaciones para

TABLA 4.17. Distribución de los usuarios de máquinas recreativas con premio en salas recreativas (por sexo y edad)

Edad	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
<16	8	5.0	1	2.0	9	4.3
16-18	60	37.5	5	10.0	65	31.0
19-21	45	28.1	7	14.0	52	24.8
22-31	31	19.4	8	16.0	39	18.6
32-41	6	3.8	4	8.0	10	4.8
42-51	3	1.9	9	18.0	12	5.7
>51	7	4.4	16	32.0	23	11.0
Total	160	76.2	50	23.8	210	100.0

Fuente: adaptado de Bentall et al. (1989).

jugar en las máquinas tragaperras les confieren una determinada posición dentro de esta subcultura (ver Cuadro 4.1.) (Fisher, 1993c, 1994a). “Claramente para algunos niños, en algún punto, hay una conexión entre las galerías de juego como un lugar para estar con amigos y el comienzo de un problema de «adicción» a las máquinas tragaperras” (Fisher, 1995, p. 84).

Pero, qué ocurre con los videojuegos, esas máquinas que comparten características y, en ocasiones, espacios comunes con las tragaperras.

¿Cuál es el poder adictivo de los videojuegos?

“El rápido crecimiento en popularidad de los videojuegos, junto con la avidez con la que juegan los jóvenes, ha generado inquietud entre los científicos sociales, padres y políticos en cuanto al efecto que estos juegos tienen en sus usuarios” (Egli y Meyers, 1984, p. 309). La pregunta ¿son perjudiciales para un desarrollo saludable? centra, prácticamente en exclusiva, el debate sobre los videojuegos (Griffiths, 1993c).

CUADRO 4.1. Perfiles de los jugadores de máquinas tragaperras jóvenes (Fisher y Bellringer, 1997)

El rey de la sala

1. varón
2. veinteañero
3. juega individualmente con su propio grupo de seguidores, pero conformando junto con los demás *reyes* un conjunto que se mantiene a sí mismo
4. su motivación se centra en un status que se sustenta en un desembolso elevado, mucha habilidad y el reparto de las ganancias con sus seguidores
5. infrecuentes *cazas* de las pérdidas
6. juega cantidades relativamente altas de dinero
7. probabilidad de fusionar ganancias y conocimientos con otros *reyes*
8. memoriza los rodillos
9. dedica parte de su tiempo a “sesiones de entrenamiento”
10. poco expresivo mientras juega
11. mantiene disciplina y autocontrol durante el juego
12. abandona una máquina con pocas probabilidades de dar premio
13. manifiesta estabilidad emocional

Aprendices

1. niño
2. edades comprendidas entre los 9-11 años
3. impaciente por adquirir habilidades
4. hace recados a los *reyes*
5. proporciona apoyo emocional a los *reyes*
6. en ocasiones recibe remuneraciones económicas
7. hace gala de la gloria reflejada

Sacude-máquinas

1. puede ser habilidoso y conocer los rodillos
2. juega solo
3. fascinado con el funcionamiento de la máquina
4. motivado por la interacción con la máquina
5. preocupado por las técnicas de juego
6. juega hasta que se queda sin dinero
7. se siente ofendido por la presencia de otros jugadores mientras se produce la interacción con la máquina
8. no puede mantener la autodisciplina
9. *caza* las pérdidas
10. escasa paciencia
11. no puede controlar las emociones
12. maneja el dinero pobremente
13. resuelto a golpear a la máquina
14. pierde horas de trabajo/colegio por continuar jugando
15. se priva a sí mismo de otras necesidades para poder tener dinero para la máquina
16. a menudo se encuentra arrepentido y autodepreciado
17. probablemente llegará a obsesionarse
18. jugador problema o con alto riesgo de llegar a serlo

Alquila-máquinas

1. predominantemente mujeres quinceañeras
2. no tiene habilidades relacionadas con la máquina
3. poca motivación en adquirir estas habilidades
4. juega para tener acceso a la galería de juego
5. va a la galería de juego para relacionarse con amigos
6. motivación de conocer amigos y explorar el rol asociado a su género
7. ve la galería de juego como un lugar de encuentro, un espacio social y cultural para el adolescente
8. juega a las máquinas para evitar que le obliguen a abandonar la sala

Buscadores de acción

1. motivado por la excitación, la emoción y la tensión
2. “subidón” de adrenalina
3. atraído por el ciclo rápido de apuestas, anticipación y alivio
4. la excitación por el juego se ve incrementada al sentirse como un adulto cuando juega
5. le divierten las galerías de juego porque le permiten estar libre del control parental
6. las actividades desviadas de algunas salas añaden más poder de atracción
7. la atmósfera peligrosa del “prohibido” tiene una fuerte atracción
8. jugador problema o en riesgo de llegar a serlo

Genio del escape

1. motivado por la necesidad de escapar de problemas abrumadores
2. varón o mujer
3. normalmente deprimido y puede estar socialmente aislado
4. sentimientos de impotencia y falta de control
5. juega a las máquinas porque le proporcionan una sensación de poder
6. la atracción descansa tanto en jugar a las máquinas como en el acceso a las galerías
7. la atmósfera de la galería de juego le ayuda a escapar de la realidad
8. la sala le proporciona la oportunidad de un contacto social poco profundo
9. atraído por las máquinas como una fuente de interacción no-humana
10. la máquina le proporciona un *amigo electrónico*
11. olvido de los problemas como consecuencia de la total absorción que le provocan las máquinas
12. jugar a las máquinas le proporciona temporalmente sensación de control
13. jugador problema o con alto riesgo de llegar a serlo
14. el juego casi siempre es un problema secundario
15. el tratamiento del problema primario probablemente provoque el cese del juego

CUADRO 4.2. Clasificación de los videojuegos según su contenido y habilidades necesarias para su juego (Estallo, 1995)

Juegos de Arcade: videojuegos cuya principal característica es la demanda de un ritmo rápido de juego, y que exigen tiempos de reacción mínimos, atención focalizada y un componente estratégico secundario. Este último, si bien puede estar presente en el juego, resulta de relativa sencillez y no varía de una partida a otra.

Juegos de plataformas: en estos juegos, el protagonista es conducido a través de un escenario bidimensional, y efectúa un desplazamiento de izquierda-derecha y de arriba-abajo. A lo largo y ancho de cada escenario, existe una serie de posiciones en las que el jugador puede o debe situarse (según la naturaleza del juego).

Laberintos: en este tipo de juegos, el núcleo fundamental del desarrollo gira alrededor de un laberinto, cuya principal característica suele ser su considerable extensión. La pantalla es, normalmente, sólo una ventana que permite observar una fracción de dicho laberinto. Éstos pueden diseñarse en perspectivas bidimensionales o tridimensionales.

Juegos deportivos: este grupo de juegos se caracteriza por tener como núcleo argumental el tema deportivo. Su consideración como Arcade o simulador vendrá determinada por la complejidad del algoritmo utilizado en el diseño del juego y por la supremacía de la acción sobre cualquier componente de tipo táctico o estratégico.

Dispara y olvida: juegos caracterizados por una acción trepidante, que constituye el eje fundamental del juego. Los escenarios se mantienen constantes y habitualmente se modifican tras haber eliminado un número suficiente de enemigos. Su desarrollo es lineal, de modo que una vez superado un escenario ya no se vuelve a él (al contrario que los juegos de laberintos).

Juegos de simulación: este tipo de juegos permite al usuario asumir el mando de situaciones o tecnologías específicas. Sus características fundamentales son la baja influencia de los tiempos de reacción y de los elementos perceptivos y espaciales (son juegos más apacibles). Demandan estrategias complejas y cambiantes de una partida a otra, conocimientos específicos acerca de la simulación y permiten acceder a funciones o instrumentos que de otra manera difícilmente podrían ser desarrollados por los jugadores.

Simuladores instrumentales: se restringen a la simulación de tecnologías militares o elitistas (aviones de combate, automóviles deportivos, etc).

Simuladores situacionales: el jugador debe asumir un papel concreto, determinado por el tipo de simulación, y comportarse con arreglo a sus conocimientos.

- **Simuladores deportivos:** grupo reducido de videojuegos de temática deportiva que pueden considerarse auténticos simuladores al cumplir los requisitos de realismo y complejidad en cuanto a número de variables consideradas.

- **Simuladores de Dios:** se basan en la asunción por parte del jugador del papel de un personaje sobrenatural (una deidad) o bien en la unión bajo su persona de los cargos que en la realidad corresponderían a diferentes individuos (un alcalde, y toda la corte de concejales, asesores y demás títulos de confianza).

Juegos estratégicos: el usuario adopta una identidad específica (un protagonista usualmente de ficción) y sólo conoce el objetivo final del juego. Sus personajes provienen con frecuencia del mundo de la literatura y del cine, si bien existen otros que se han hecho un nombre propio desde su aparición en el mundo del videojuego (tal es el caso de Larry Laffer, Roger Wilco o el Rey Graham). La acción se desarrolla mediante la utilización de una serie de formas verbales (órdenes) que el programa reconoce y la posesión de objetos que aparecen en los diferentes escenarios y que serán imprescindibles en momentos posteriores del juego.

Aventuras gráficas: presentan escenas que constituyen una auténtica película informatizada.

Juegos de rol: poseen animaciones más sencillas y algoritmos notablemente más complejos. No resulta infrecuente que el jugador tenga que controlar más de un protagonista con características propias. Una característica específica de este tipo de juegos es que los protagonistas deben ser diseñados por el propio jugador, quien combina una serie de caracteres (valor, fuerza, inteligencia, etc.) que serán un elemento clave en la posterior evolución del juego.

War-games: corresponden a la conversión en programas informáticos de los conocidos juegos de tablero de idéntica denominación, con una diferencia fundamental que radica en el disminuido papel del azar en las versiones informatizadas.

Juegos de mesa: estos juegos utilizan la tecnología informática para sustituir el material del juego (tablero, fichas, dados) y eventualmente al adversario.

Una preocupación que se cimenta en los siguientes argumentos (Egli y Meyers, 1984; Griffiths, 1993c; Secades y Villa, 1998):

1. La posibilidad de aparición de algunos efectos físicos adversos como consecuencia de una actividad que al realizarse frente a una pantalla afecta a diversos aspectos de la salud.
 - estrés visual
 - estrés postural
 - detonante de la epilepsia en las personas que padecen esta enfermedad
2. La temática violenta y/o sexista común a muchos videojuegos podría fomentar a su vez una conducta agresiva/sexista generalizada.
3. La aparente naturaleza asocial de los videojuegos impediría que se desarrollasen las habilidades sociales necesarias provocando aislamiento social.
4. La supuesta capacidad adictiva de una actividad que crearía *videoadictos* con las consiguientes consecuencias típicas de una adicción.

Ni los efectos físicos adversos, por otro lado comunes a los provocados por los *imprescindibles* ordenadores; ni la incierta repercusión de los contenidos violentos, temática en muchos casos ausente en los videojuegos más populares; ni los estereotipos sexistas, de los que no se libran los juegos y juguetes tradicionales; ni tan siquiera el dudoso aislamiento social en los usuarios de videojuegos han creado tan apasionadas y airadas reacciones como las referidas a su poder adictivo. Vehementes y poco contrastadas aseveraciones que destacan la capacidad de los videojuegos para producir “aberraciones en la conducta de los niños” y convertirlos en “adictos en cuerpo y alma” (afirmaciones recopiladas por Estallo, 1995, p. 36).

Unos videojuegos tradicionalmente asociados con la infancia y los primeros años de la adolescencia, pero cuyo espectro de usuarios se ha visto modificado por la diversidad de modalidades (ver Cuadro 4.2.) y sus diferentes soportes técnicos (máquinas de salas recreativas, consolas domésticas y ordenadores personales), constatándose la existencia de “un numeroso grupo de sujetos interesados por este entretenimiento, cuya edad se sitúa por encima de los márgenes habitualmente considerados” (Estallo, 1995, p. 46). Una vez más la realidad deshace ese retrato estereotipado del seguidor de Sonic, Mario o Larry como un adolescente aislado y en definitiva *raro*, del mismo modo que los datos científicos desmontan el tópico de los videojuegos como fuente de patología. Descartados los efectos colaterales adversos, los estudios coinciden en destacar que esta actividad no puede considerarse adictiva, pues el tiempo invertido en este tipo de juego en comparación con otras actividades de ocio es proporcionalmente inferior, y asimismo el característico proceso de saciación que padece esta conducta se contrapone a la identificación del videojuego con una droga (ver Tabla 4.18.) (Estallo, 1995; Secades y Villa, 1998).

No obstante, la ausencia de un componente adictivo no elimina la posibilidad de que jugar a los videojuegos se convierta en una conducta desadaptativa para un reducido grupo de personas. En realidad, es una posibilidad de la cual no está exenta ninguna acción humana, tal vez la diferencia estriba en la apreciación que provoca cada una de estas acciones.

TABLA 4.18. Estudios sobre el tiempo invertido en jugar con videojuegos

Autor	Resultados significativos
Brooks (1983) ¹	El juego con máquinas de videojuegos en salas recreativas es una actividad extendida y de carácter eminentemente social. La mayor parte de las personas que acuden juegan menos de la mitad del tiempo de permanencia en el lugar y dedican el resto a la conversación u otras actividades de carácter social.
Egli y Meyers (1984)	Jugar a los videojuegos ocupa una mínima parte de la vida de los sujetos que realizan esta actividad en salas recreativas. Esta actividad no está relacionada con un mal rendimiento escolar y suele compaginarse con otras actividades, como la práctica de algún deporte. El entretenimiento que supone ver a otros jugar y la importancia de los amigos en la realización de esta actividad convierten la visita a las salas recreativas en una ocupación social. Entre un 10-15% juegan, al menos, 12 horas semanales, convirtiéndose en su actividad preferida, no obstante el tiempo dedicado a los videojuegos no está relacionado con el abandono de otras actividades.
Ellis (1984) ¹	Los niños ven una media de diez horas semanales de televisión, leen cinco, y practican deporte dos por cada una de juego con videojuegos. Sólo un reducido número de sujetos presentan comportamientos patológicos, y éstos corresponden a individuos sin ningún tipo de control parental que supervise hipotéticas conductas socialmente indeseables.
Creasey y Meyers (1986) ¹	Tras un incremento en las primeras semanas del tiempo dedicado al videojuego se produce una brusca caída de la frecuencia, coexistiendo con las demás actividades de los sujetos. Las labores escolares, la interacción con los amigos y las actividades al aire libre no se ven interferidas por el videojuego en ningún momento; únicamente las horas destinadas a la televisión disminuyen en los primeros días en que se dispone de un sistema doméstico.
Kubey y Larson (1990) ¹	Los adolescentes norteamericanos dedican un 3.3% de su tiempo libre al juego con videojuegos y alrededor del 75% a la televisión.
Bonnafont (1992) ¹	Una cuarta parte de los adolescentes franceses puede considerarse jugadores habituales, inmersos completamente en el entorno cultural de esta forma de ocio; otro 25% estaría constituido por sujetos interesados en esta actividad y cuya frecuencia de juego es regular; el 50% restante podrían considerarse jugadores accidentales.
Institut Psiquiàtric de Barcelona (1993) ¹	La utilización de videojuegos sigue un curso descendente a lo largo de un período de cinco meses, con un pico de utilización (durante el primer mes) que se acompaña de una brusca y sostenida disminución. Curva descendente que también se produce en la duración de las sesiones.
Estallo (1995)	En las edades comprendidas entre los 12-33 años, un 70% juega acompañado de otras personas, observándose un juego corporativo a medida que la edad aumenta. El 58.1% de los jugadores se pueden considerar anecdóticos, un 22.7% regulares y un 19.1% habituales.
Griffiths y Hunt (1995, 1998)	En las edades comprendidas entre los 12-16 años, el 27% juega una vez al mes o menos, el 8% juega una vez a la semana, el 19% entre 2-3 veces a la semana, el 15% entre 4-5 veces a la semana y el restante 31% juega todos los días. Con respecto a la duración de las sesiones de juego, el 10% normalmente juega menos de media hora, el 23% menos de una hora, un 33% juega entre 1-2 horas, el 18% entre 2-3 horas, un 8% entre 3-4 horas y otro 8% juega durante más de cuatro horas. Existe una correlación de 0.52 entre la frecuencia de juego y la duración de las sesiones. Adaptando los criterios para el diagnóstico de juego patológico con el DSM-III-R al juego con videojuegos, un 80.1% cumple tres o menos de estos criterios de patología y el 19.9% complementario, aún cumpliendo cuatro o más, no tiene mayor probabilidad de hacer novillos, robar u obtener malas notas como resultado de esta actividad.

¹ Estallo (1995).

En cualquier caso, algunas investigaciones han tratado de estimar el número de jugadores patológicos entre los incondicionales del videojuego. En el estudio de Brown y Robertson (1993) se considera que el 11.1% de los jugadores con edades comprendidas entre los 12 y 16 años muestra una adicción importante a los videojuegos; sin embargo, un tamaño muestral muy reducido (la muestra completa, $N=134$, se limitó a los jugadores de videojuegos en salas recreativas, $n=45$) y la elección como instrumento de evaluación de cinco ítems de las 20 preguntas de Jugadores Anónimos, cuya validez y fiabilidad se desconoce, limita su generalización. Con una metodología más precisa, Fisher (1994b) estima que el 66% ($n=303$) de los niños y adolescentes entre 11-16 años ($N=460$) han jugado en alguna ocasión a los videojuegos en salas recreativas en los doce meses que preceden a la investigación, de los cuales el 21% juega al menos una vez a la semana, y mientras que el 60% ($n=275$) se puede definir como jugador social, el 6% ($n=28$) cumple los criterios de jugador patológico, según el DSM-IV-JV (criterios diagnóstico de juego patológico con videojuegos). Una tasa de jugadores patológicos similar a la establecida por Villa (1996) en el estudio realizado en Gijón (Asturias) con una muestra de 2.185 estudiantes de entre 11 y 16 años evaluados con el DSM-IV-J (criterios diagnóstico de juego patológico en jóvenes), cuya frecuencia asciende a 5.1%, complementado por un 8.8% de jugadores ocasionales.

Sacrificar el dinero de la comida o la posibilidad de ir al cine o practicar algún deporte, pedir dinero prestado o, incluso, robar son algunas de las conductas atribuidas a este subgrupo de jugadores que denota ciertos problemas en su relación con los videojuegos.

¿Son los videojuegos los precursores del acercamiento de los más jóvenes a las tragaperras?

Con un gran parecido físico y ciertas características en común, como los elementos de azar, su programa de razón variable o el grado de excitación que producen (Gaja, 1993; Gupta y Derevensky, 1996), parecía inevitable no relacionar estos dos tipos de máquinas, a pesar de la condición de juego de habilidad de los videojuegos. “Se plantea la hipótesis de que los videojuegos pudieran ser el primer paso que condujera al niño a ser jugador en el futuro, ya que se acostumbra a un patrón de consumo de juego que, en la edad adulta y con recursos económicos, podrá mantener mediante la implicación en juegos con apuestas financieras” (Secades y Villa, 1998, pp. 154-155). Con la reserva necesaria producto de las variaciones que cada país impone en materia de juego (culturales y legislativas), los aspectos que tiene en común con los videojuegos, su fácil accesibilidad y, en ciertos casos, su misma ubicación, harían de las máquinas tragaperras el juego elegido para dejar de matar marcianos y comenzar a ganar dinero con la cosecha de fruta, al menos en países como España y Reino Unido. De hecho, los estudios que a continuación se comentan y que se han realizado en Canadá, donde las máquinas tragaperras no están disponibles en salas recreativas, intentan relacionar el uso de videojuegos con la implicación en juegos de azar en general, no específicamente con máquinas tragaperras.

Ladouceur y Dubé (1995) enfatizan la correlación existente entre la frecuencia de visita a salas recreativas para jugar a los videojuegos y el alcance de un juego con apuestas monetarias que, en último lugar, puede llegar a ser patológico. De una muestra compuesta por 122 sujetos que acuden a las salas recreativas a jugar a los videojuegos y con una media de edad que ronda los 19.2 años, aparece, utilizando el SOGS, un 14.8% de jugadores problema y un 10.7% de probables jugadores patológicos; cifra esta

última que duplica las obtenidas por una gran parte de los estudios realizados en la población general. En una muestra donde el 45.9% juega a los videojuegos una vez a la semana o menos y el 54.1% restante, una vez a la semana o más; el 83.6% ha apostado en alguna ocasión en juegos de azar y el 29.5% lo hace al menos una vez a la semana. Pero, sin duda, el dato destacado hace referencia a ese 92.3% de los jugadores patológicos que acude a las salas recreativas con videojuegos al menos una vez a la semana, en comparación con el 77.8% de los jugadores problema y el 44% de los sujetos para los que el juego no constituye ningún problema, arrojando una correlación de $r=0.40$ entre las puntuaciones del SOGS y la frecuencia de visita a los salones recreativos en busca de videojuegos.

Datos similares son los encontrados por Gupta y Derevensky (1996) en una muestra de 104 niños entre 9 y 14 años, configurada por un 47% de jugadores de videojuegos de alta frecuencia y un 53% de baja frecuencia, y con una proporción de un 70% que en el pasado había jugado a algún juego de azar, de los cuales un 53% indicaba un patrón de juego, al menos, semanal. Combinando estos resultados se encontró una relación significativa entre ser jugador de videojuegos de alta frecuencia y una mayor probabilidad de haber participado en juegos de azar, fundamentalmente con una frecuencia, como mínimo, semanal. La diferencia entre un juego de habilidad y otro de azar parece no estar clara para estos niños que, si bien un 70% de ellos percibe que en los juegos de azar interviene mucho la suerte, también un 56% le atribuye el mismo valor a la habilidad, incrementándose al 87% los que consideran que en tales juegos interviene la habilidad aunque sea en menor proporción que la suerte.

A pesar de la propuesta de modelos sobre las relaciones patológicas entre el hombre y la máquina que llegan a establecer un continuo desde la televisión hasta las tragaperras, pasando por los videojuegos (ver Figura 4.1.); y aunque ya disponen del sugerente nombre de *adicciones tecnológicas*; clarificar si la experiencia con videojuegos conduce al juego de azar con apuestas o si ambas actividades atraen a los mismos sujetos debido a las propiedades que comparten, es una de las asignaturas pendientes.

Niño		Adolescente		Adulto	
■ Teleadicto	■ Adicto a los videojuegos	■ Adicto a las máquinas	■ Jugador patológico		
■ Observador pasivo	■ Participante activo (refuerzo psicológico)	■ Participante activo (refuerzo psicológico y material)	■ Participante activo (refuerzo psicológico y material ante un nivel de habilidad mayor)		

FIGURA 4.1. Modelo de las relaciones patológicas hombre-máquina (Brown, 1989).
(tomado de Griffiths, 1991a; Secades y Villa, 1998).

“Los populares videojuegos de arcade son reproducidos para que los niños puedan jugar mediante sistemas domésticos” (Fisher, 1994b, p.14), lo que ha provocado un cambio geográfico y de hábitos de juego difícilmente soslayables (ver Tablas 4.19. y 4.20.).

El lugar de uso de los videojuegos, el tiempo invertido, el realizar esta actividad solo o acompañado y la edad de inicio en la misma, parecen configurarse en las piezas clave cuyo ensamblaje ponga en marcha el mecanismo que dilucide una posible “evolución atípica respecto a esta forma de entretenimiento” (Estallo, 1995, p.116) y su supuesta relación con esos juegos, que a diferencia de los mal llamados *comecocos*, se basan en el azar.

TABLA 4.19. Lugar de juego por sexo y grupo de edad

LUGAR DE JUEGO		domicilio	domicilio de amigos	bares	salas	otros
Sexo	Varones	78	26	7	10	6
		61.4	20.5	5.5	7.9	4.7
		59.1	36.1	36.8	90.9	75.0
	Mujeres	54	46	12	1	2
		47.0	40.0	10.4	0.9	1.7
		40.9	63.9	63.2	9.1	25.0
Edad	Adolescentes	48	13	0	5	6
		66.7	18.1	0	6.9	8.3
		36.4	18.1	0	45.5	75.0
	Jóvenes	64	42	11	6	2
		51.2	33.6	8.8	4.8	1.6
		48.5	58.3	57.9	54.5	25.0
	Adultos	20	17	8	0	0
		44.4	37.8	17.8	0	0
		15.1	23.6	42.1	0	0

Fuente: Estallo (1995).

(En cada casilla aparece en orden descendente el n° de sujetos, % con respecto al lugar de juego y % con respecto al sexo/edad).

TABLA 4.20. Tiempo invertido en jugar a los videojuegos en casa, fuera de casa y/o a las máquinas recreativas con premio

JUEGOS		Tiempo invertido/semana (proporción media del tiempo total de ocio)				
		%	juegan solos	juegan con otros	empiezan a jugar antes de los 10 años	empiezan a jugar después de los 10 años
Videojuegos en casa		41	49.7	18.8	34.6	34.7
Videojuegos fuera de casa		39	53.0	25.0	-	-
Máquinas recreativas con premio		8	-	15.9	-	9.0
Videojuegos	en casa	41	42.5	45.0	68.6	16.0
	fuera de casa	24	12.0	22.7	46.6	9.6
Todos	videojuegos en casa	41	27.7	64.9	-	12.0
	videojuegos fuera de casa	3	-	31.9	-	5.0
	Máquinas recreativas con premio	31	-	28.2	71.0	10.6

Fuente: adaptado de Brown y Robertson (1993).

4.3. RESUMEN

Los estudios epidemiológicos arrojan una tasa de prevalencia del juego patológico que oscila entre el 0.1-2.7% en la población adulta. Entre los menores de 18 años, para los cuales el juego constituye una actividad común, este rango se ve incrementado a un 1.7-11.2%. A diferencia de los estudios realizados en la población adulta, que mayoritariamente emplean el SOGS como instrumento de evaluación; con los niños y adolescentes se ha utilizado una gran variedad de instrumentos, lo que probablemente esté favoreciendo la variabilidad de las cifras, por ello el meta-análisis realizado con los datos norteamericanos resulta esclarecedor: existe entre los jóvenes un 4.4-7.4% de jugadores patológicos que asciende a un 9.9-14.2% al referirse a los jugadores problema.

En cuanto a las características sociodemográficas de los jugadores patológicos en la población adulta, destacan dos aspectos, aquel que hace referencia al mayor número de varones que padecen este trastorno, en concreto una proporción de dos por cada mujer con problemas de juego; y aquel otro que refleja un predominio de dicha patología en el rango de edad comprendido entre los 18-30 años (dato coherente con las cifras manejadas en la población compuesta por niños y adolescentes). Las divergencias con la población en tratamiento son evidentes: la proporción de varones que acude a tratamiento por un problema de juego es diez veces mayor que la de mujeres, dominando la consulta los clientes entre 30-50 años.

De los muchos juegos de azar legalizados en España, las loterías (incluido el cupón de la ONCE) y las máquinas recreativas con premio son los que disponen de un mayor número de adeptos. Las características estructurales y situacionales de estos artilugios contribuyen a que las máquinas tragaperras se consoliden como la actividad de juego diario predominante para el 50% de los jugadores patológicos y para el 43%, también, en su gasto de juego mensual máximo; siendo a su vez el colectivo con una clara hegemonía (75-84%) entre los que acaban en tratamiento. No podía ser distinto para los más jóvenes, pues en la población comprendida entre los 11-16 años, las máquinas recreativas con premio arrojan un 1.6-2.2% de jugadores patológicos y otro 4.7-4.9 de jugadores ocasionales.

ETIOLOGÍA Y MODELOS TEÓRICOS

5

FACTORES EXPLICATIVOS I: ¿Cultura, aprendizaje o predisposición?

“No admitas nada a priori si no lo puedes verificar” (Rudyard Kipling)

El estado de conocimientos sobre los factores que determinan la aparición y mantenimiento del juego patológico es relativamente reducido y disperso, ya que su investigación se encuentra todavía en una fase incipiente. El resultado final es una gran cantidad de información y datos que permiten dar respuesta a aspectos muy concretos del problema del juego, pero que no han sido integrados con el propósito de ofrecer una visión completa y organizada del mismo (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES

Una de las primeras tareas en el abordaje de un problema, aunque su poder explicativo sea exiguuo, suele ser tratar de identificar las características demográficas de las personas que lo presentan, proporcionando el contexto en el cual insertar tales teorías (Walker, 1992a).

Edad

Se constata una cierta predilección por distintos tipos de juego según las edades de los jugadores. Por ejemplo, las loterías resultan más atractivas para el segmento de más edad de la población, mientras que las máquinas recreativas tipo A lo son para la población joven, y los juegos de cartas para todas las edades.

Sexo

Se ha señalado con frecuencia que algunos juegos son más típicos de hombres, como las quinielas, y otros de mujeres, como el bingo.

Nivel socioeconómico

La atracción hacia ciertos tipos de juego se ve influida por el nivel socioeconómico, así la ruleta suele ser un juego para personas de un nivel socioeconómico superior a aquellos que juegan a las máquinas recreativas tipo B. No obstante, surgen matices en función de los orígenes históricos del juego, de forma que, por ejemplo, en Gran Bretaña las carreras de caballos tienen un componente aristocrático, mientras que en Australia se organizan para las clases trabajadoras y en las comunidades granjeras.

Contexto histórico-cultural y legislación

Legalizar nuevas formas de juego incrementa la cantidad de dinero invertido, las posibilidades de jugar y el número de personas que juegan.

Aceptación social (política, sociológica y personal del juego)

En cada sociedad se favorecerá determinados tipos de juego, incluso modalidades diferentes para cada grupo social. Aspecto que se manifiesta claramente en nuestro país, en el que las mujeres están sobrerrepresentadas en juegos como el bingo y las máquinas recreativas. Por tanto, el acceso a un juego estará determinado por ciertas costumbres y reglas sociales más que por aspectos legislativos.

Algunas consideraciones adicionales, referidas a los juegos disponibles o accesibles, deben tenerse en cuenta, entre ellas (Ochoa y Labrador, 1994):

- A. *El tipo y número de juegos legalizados no hace referencia a la posibilidad de acceso a los mismos.* La legalización de un juego no tiene teóricamente que implicar un incremento desmesurado del número de personas que participan en el mismo. Sólo si la legalización va acompañada de medidas para facilitar al máximo la participación, es de esperar un incremento importante en el número de jugadores.
- B. *El acceso al juego sí parece determinar las probabilidades de practicarlo.* Cuanto más accesible sea un juego más factible es la exposición al mismo y su práctica, incrementando la toma de riesgo en todo tipo de jugador (Gaboury et al., 1988; Ladouceur et al., 1986) y aumentando la probabilidad de convertirse en jugador patológico (Dickerson et al., 1990a).
- C. *El poder adictivo del juego al que se tiene acceso.* La estimulación de que dispongan para llamar la atención, claves que permitan generar ilusión de control en el jugador, la posibilidad de jugar en solitario o una apuesta de baja cuantía, son algunos de los aspectos que determinan el poder adictivo de los diferentes juegos.
En general es admisible la existencia de una relación entre la estructura del juego y su poder adictivo, que estaría en función de (Rodríguez-Martos, 1987):

1. El elemento real o subjetivo de destreza personal.
2. La brevedad del lapso de tiempo transcurrido entre la apuesta y el resultado.
3. La posibilidad de aumentar la apuesta.
4. La aceptación social.
5. La disponibilidad fácil.
6. El grado de tensión que genera.

En este sentido, Echeburúa (1992) considera que las máquinas recreativas con premio presentan unas características que facilitan más la dependencia que otro tipo de juegos. Entre ellas destacarían: (a) su gran difusión, no limitada a lugares específicos de juego, por lo que no hay que desplazarse a un local dedicado a los juegos de azar ni se requiere un atuendo adecuado; (b) el importe de las apuestas es muy bajo, con la posibilidad de ganancias cuantiosas; (c) la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado (inmediatez del refuerzo) tiende a fortalecer la conducta de juego y a hacer más probable su aparición en el futuro; (d) el funcionamiento intrínseco de tales máquinas potencia una cierta ilusión de control; (e) las características físicas de las máquinas recreativas (las luces intermitentes de colores, la música, el tintineo estrepitoso de las monedas cuando se gana) suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica, convirtiéndose en estímulos asociados a la conducta de juego que potencian la misma.

D. Las primeras experiencias con el juego. Por un lado, la obtención de resultados positivos o negativos, facilitará o disminuirá el acercamiento posterior al juego; y por otro, ciertos aspectos, como el ambiente generado alrededor del juego así como la compañía de otras personas cuando se juega, pueden favorecer la atracción por el juego.

5.2. FACTORES FAMILIARES

La A.P.A. (1988) señala varios factores familiares predisponentes al juego, al funcionar como modelos o facilitadores de situaciones estresantes, tales como una disciplina familiar inapropiada (ausencia, inconsistencia o permisividad), la exposición al juego durante la adolescencia, unos valores familiares que se apoyan sobre todo en los símbolos materiales y financieros, o la falta de hincapié familiar en el ahorro, la planificación y el establecimiento de presupuestos. Pero son consideraciones demasiado amplias y genéricas, quizá por eso en la siguiente versión (1995) sólo se indica que los padres de personas con un problema de juego patológico padecen este trastorno y dependencia del alcohol con más frecuencia que en la población general. Aspecto que queda contrastado en los siguientes estudios (ver Tablas 5.1. y 5.2.), sugiriendo que el juego o el abuso de alcohol (ya que este último comparte con el primero factores externos comunes) de un familiar cercano proporciona una influencia ambiental muy importante en el desarrollo del juego patológico. A pesar de que el impacto de los problemas de juego parentales no es tan abultado en todos los estudios (Lesieur et al., 1991), parece que esta correlación es apreciable; aunque quedaría por determinar si es el resultado de factores biológicos o, por el contrario, se basa en un aprendizaje social (Lesieur y Heineman, 1988).

TABLA 5.1. Porcentaje de padres de jugadores patológicos que padecen problemas de juego y alcohol

Autor	Muestra	N	Problemas de juego	Problemas de alcohol
Custer y Custer (1978) ¹	Miembros de G.A.	150	14%	18%
Ramírez et al. (1983)	Jugadores patológicos en tratamiento	51	23%	50%
Lesieur et al. (1986)	Jugadores patológicos (extraídos de una muestra de consumidores de alcohol y drogas en tratamiento)	40 (458)	39%	16%
Lesieur y Klein (1987)	Jugadores patológicos (extraídos de una muestra de estudiantes de instituto)	51 (892)	17% (5%)	-
Lesieur y Heineman (1988)	Jugadores patológicos (extraídos de una muestra de consumidores de alcohol y drogas en tratamiento)	14 (100)	50% (3%)	-
Volberg y Steadman (1988) ²	Jugadores problema (extraídos de una muestra normal de adultos)	113 (2.262)	11.6% (2.7%)	-
Ciarrocchi y Richardson (1989)	Jugadores patológicos en tratamiento	186	28%	43%

¹ Ciarrocchi y Richardson (1989)² Jacobs (1989)

() = Resultados del grupo control pertenecientes al mismo estudio.

TABLA 5.2. Porcentaje de hijos de jugadores patológicos que padecen problemas de juego y alcohol

Autor	Muestra	N	Problemas de juego	Problemas de alcohol
Jacobs (1989b)	Hijos de jugadores problema (extraídos de una muestra de estudiantes)	52 (844)	8% (4%)	40% (37%)
Lesieur y Rothschild (1989)	Hijos (15-19 años) de miembros de G.A.	63	1%	51%
Lesieur y Rothschild (1989)	Hijos (12-14 años) de jugadores	31	3%	47%
Lesieur y Rothschild (1989)	Hijos de poliadictos	32	-	55%

() = Resultados del grupo control pertenecientes al mismo estudio.

5.3. FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

La búsqueda de factores de predisposición, en este caso al juego, ha sido una constante en las investigaciones psicológicas. Sin duda, variables externas, como una legislación más permisiva con el juego u otras de carácter socioeconómico o cultural, favorecen que el número de personas que en algún momento de su vida apuestan por un número, un caballo o una combinación de frutas aumente. Pero, y éste es el supuesto básico del que parten dichas investigaciones, debe haber algún otro tipo de rasgo, variable o característica interna que arroje luz sobre el hecho incuestionable de que a pesar de tales aspectos externos, sólo un número relativo de personas se acerca a un tapete verde, a un cartón lleno de números o una máquina de luces cegadoras; de las cuales, a su vez, sólo cierto porcentaje desarrollará problemas con el juego.

A pesar de la gran difusión que han tenido en este campo ciertos factores de predisposición como el constructo búsqueda de sensaciones, la revisión de tales estudios muestra un panorama poco coherente,

mermando en gran medida la utilidad real de unos factores que, en el mejor de los casos, contribuirían sólo parcialmente a explicar la casuística del juego patológico y cuyo manejo de cara al abordaje terapéutico es reducido.

5.3.1. Factores de personalidad

Dado que no todas las personas que tienen contacto con el juego desarrollan conductas de juego patológico, se ha intentado determinar qué caracteriza a esas personas que acaban padeciendo este trastorno. Como en muchos otros casos los primeros esfuerzos han tratado de identificar características de personalidad que faciliten el desarrollo de estas conductas, buscando diferencias en rasgos generales, como neuroticismo, extroversión o psicoticismo; y específicos, en particular el factor de búsqueda de sensaciones (Zucherman, 1979).

Debido a problemas metodológicos, las críticas recibidas por este tipo de estudios no han sido muy numerosas, pero sí muy repetidas, a saber (Walker, 1992a):

1. Aún cuando se llegue a identificar un rasgo de personalidad se debe indagar cómo ha llegado a desarrollarse.
2. Algunas explicaciones en términos de rasgos de personalidad son peligrosamente circulares, para que realmente sean útiles la presencia e intensidad de dicho rasgo se debe poder determinar independientemente de la conducta objeto de explicación.
3. ¿Cuál es la dirección de la causalidad? ¿Cierta rasgo de personalidad favorece que se juegue en el futuro o jugar favorece que se desarrollen ciertos rasgos de personalidad? En cualquier caso ¿se debe hablar de causalidad o de correlación? “La delimitación de las características psicológicas facilita un conocimiento general sobre algunos factores relevantes con respecto al juego patológico, no sobre la causa o el origen de éste... Los estudios en que se busca determinar las características psicológicas de los jugadores patológicos son, en la mayoría de los casos, trabajos dirigidos a describir al jugador patológico en un momento concreto, por lo que las características observadas no pueden ser interpretadas, sin más, en términos causales” (Ochoa y Labrador, 1994, p. 124).

Si a estas observaciones le añadimos las siguientes consideraciones (Ochoa y Labrador, 1994), la utilidad de tales factores de predisposición queda realmente limitada:

1. Hacer referencia a rasgos de personalidad no equivale a hablar de determinismo, el mayor grado de inferencia que se puede realizar es el de afirmar que la mayoría de los jugadores presentan ciertas características en común.
2. No resulta realista explicar la conducta de juego con un sólo rasgo, parece más útil identificar qué factores están interrelacionados y cómo colaboran en el desarrollo de dicha conducta.

Teniendo en cuenta todas estas reflexiones, a continuación se revisan aquellas investigaciones que han intentado detectar algún rasgo de personalidad, general o específico, común a los jugadores.

Extroversión

El análisis de la Tabla 5.3., que recoge los principales estudios en busca de unas puntuaciones elevadas en ese constructo llamado extroversión, arroja la primera evidencia de inconsistencia en los resultados; pues de las dieciséis investigaciones, sólo en tres se obtienen unas puntuaciones más altas que la población normal. Por el contrario, son cuatro las que hablan de unas puntuaciones más bajas y, en definitiva, ocho las que reflejan que no existen diferencias significativas.

Neuroticismo

Unos resultados más sólidos que en el caso anterior parecen ser los datos reflejados en la Tabla 5.4., que indicarían que los jugadores patológicos tienen puntuaciones superiores en neuroticismo. No obstante, parece razonable pensar que los sujetos que sufren éste u otro tipo de trastorno puntúen alto en un constructo que, de alguna manera, mide cierto grado de psicopatología; de hecho puede observarse que en el único estudio en el que se compara a los jugadores con otro grupo clínico, en concreto adictos a la heroína, no aparecen diferencias significativas.

TABLA 5.3. Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: extroversión

Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
Seager (1970)	Compulsivos ²	16	EPI	Puntuaciones altas
Moran (1970) ¹	Patológicos	48	EPI	Puntuaciones similares a los controles
Koller (1972)	Jugadores de Poker-machine	12	EPI	Puntuaciones bajas
Wong (1980) ¹	Miembros de G.A	20	EPI	Puntuaciones altas
McConaghy et al. (1983)	Compulsivos	20	EPQ	No aporta datos de los resultados en el EPQ
Blaszczynski et al. (1985)	Patológicos Adictos heroína Sujetos control	60 49 52	EPQ	Los jugadores puntúan más bajo que el grupo control
Blaszczynski et al. (1986a)	Patológicos	51	EPQ	Puntuaciones bajas
Ladouceur y Mayrand (1986)	Jugadores No jugadores	12 12	Inventario de personalidad (escala de extroversión-introversión)	No existen diferencias significativas
Malkin y Syme (1986)	Miembros de G.A Jugadores sociales	16 16	Myers-Briggs Type Indicator	No existen diferencias significativas
Roy et al. (1989a)	Patológicos Sujetos control	19 18	EPQ	No existen diferencias significativas
Roy et al. (1989b)	Patológicos	17	EPQ	Puntuaciones altas
Dickerson et al. (1991)	Jugadores de Poker-machine	64	EPQ	No existen diferencias significativas entre los sujetos de baja, media y alta frecuencia de juego
Martínez et al. (1993)	Patológicos Grupo control	57 115	EPQ	El grupo control obtiene puntuaciones más altas, aunque no son significativas
Báez et al. (1994)	Patológicos	64	EPQ	Puntuaciones más bajas en comparación con la población normal, aunque las diferencias sólo son significativas en grupo de mujeres
Carlton y Manowitz (1994)	Miembros de G.A Sujetos control	12 15	Myers-Briggs Inventory	No existen diferencias significativas
Carroll y Huxley (1994)	Patológicos No dependientes	26 41	EPQ	No existen diferencias significativas

¹ Dickerson (1984).

² Término tomado de Morán (1969) que reserva el término jugador compulsivo para designar aquellos jugadores en los que no hay otros rasgos psiquiátricos anormales.

EPI = Eysenck Personality Inventory.

EPQ = Eysenck Personality Questionnaire.

TABLA 5.4. Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: neuroticismo

Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
Moran (1970) ¹	Patológicos	48	EPI	Puntuaciones altas
Seager (1970)	Compulsivos	16	EPI	Puntuaciones altas
Koller (1972)	Jugadores de Poker-machine	12	EPI	Puntuaciones altas
Wong (1980) ¹	Miembros de G.A.	20	EPI	Puntuaciones altas
Blaszczynski et al. (1982) ¹	Compulsivos	20	EPI	Puntuaciones altas
Blaszczynski et al. (1985)	Patológicos Adictos a la heroína Sujetos control	60 49 52	EPQ	Los jugadores puntúan significativamente más alto que el grupo control. Los adictos a la heroína varones están en una posición intermedia, no difiriendo significativamente de los otros grupos.
Blaszczynski et al. (1986a)	Patológicos	51	EPQ	Puntuaciones altas
Ladouceur y Mayrand (1986)	Jugadores No jugadores	12 12	Inventario de personalidad	No existen diferencias significativas
Barnes y Parwani (1987) ²	Compulsivos No jugadores	20	EPI	Los jugadores puntúan significativamente más alto que el grupo control.
Roy et al. (1989a)	Patológicos Sujetos control	19 18	EPQ	Puntuaciones más altas en los jugadores patológicos que en los sujetos control
Martínez et al. (1993)	Patológicos Grupo control	57 115	EPQ	Puntuaciones significativamente más altas en el grupo de jugadores que en el control
Báez et al. (1994)	Patológicos	64	EPQ	Puntuaciones significativamente más altas en los jugadores patológicos en comparación con la población normal
Carroll y Huxley (1994)	Patológicos No dependientes	26 41	EPQ	No existen diferencias significativas

¹ Dickerson (1984)² Becona (1993)

EPI = Eysenck Personality Inventory.

EPQ = Eysenck Personality Questionnaire.

Locus de control

El grado en que una persona considera que su conducta influye en la determinación de los sucesos o, por el contrario, que éstos están sometidos a factores externos ajenos a él, también ha sido objeto de evaluación (Ochoa y Labrador, 1994). Tradicionalmente se ha dicho que los jugadores presentan un locus de control externo; incluso, se ha llegado a asociar dicha tendencia con los juegos de azar, mientras que en los juegos de habilidad predominaría un locus de control interno. Especulaciones que, sin embargo, no confirman los datos, pues, de nuevo, emergen unos resultados dispares (ver Tabla 5.5.), ya que siete estudios indican encontrar un locus de control externo en los jugadores, pero son también seis los que concluyen que no existen diferencias significativas. En cualquier caso, resulta contradictorio pensar que una persona para la que el juego de azar se ha convertido en un problema y, por tanto, ha tenido tiempo suficiente para comprobar que los resultados no dependen de él, siga jugando si no es porque considera que de alguna manera (habilidad o suerte personal) puede influir en los resultados.

TABLA 5.5. Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: locus de control

Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
Moran (1970) ¹	Patológicos	41	Internal/External Locus of Control Questionnaire (Rotter)	Puntuaciones altas en locus de control externo
Devinney (1978) ²	Jugadores fuertes			Puntuaciones altas en locus de control externo
Lester (1980)	Estudiantes	65		Locus de control externo en juegos de azar puro e interno en juegos de habilidad
Wong (1980) ¹	Miembros de G. A	20	Myers-Briggs Locus of Control	Puntuaciones altas en locus de control externo
Malkin (1981) ¹	Miembros de G. A Jugadores sociales	16 16		No existen diferencias significativas
Glass (1982) ²	Patológicos Jugadores sociales			No existen diferencias significativas
Jabionski (1985)	Estudiantes (Lotto/ Apuestas deportivas)	140	Escala de Rotter	No existen diferencias significativas entre los sujetos que eligen jugar a la Lotto y los que prefieren las loterías deportivas
Kusyszyn y Rubenstein (1985)	Jugadores (Canadian Race Track)	175	Rotter's 22 item Locus of Control Test	Los jugadores están externamente orientados y tienden a ver sus resultados contingentes con la suerte
Kusyszyn y Rutter (1985)	Jugadores fuertes/ débiles/ jugadores de lotería/ no jugadores	118	8 items sobre locus de control (Reid & Ware, 1973)	No existen diferencias significativas entre los jugadores en cualquiera de sus categorías y los no jugadores
Ladouceur y Mayrand (1986)	Jugadores de ruleta No jugadores	16 16	Cuestionario de atribución y de percepción de control	No existen diferencias significativas
Malkin y Syme (1986)	Miembros de G. A Jugadores sociales	32	Internal/External Locus of Control Questionnaire (Rotter, 1966; versión australiana de Richardson, 1968)	No existen diferencias significativas
Hong y Chiu (1988)	Jugadores de <i>Mark Six</i> *	158	IPC Scale (versión china)	Puntuaciones altas en locus de control externo
Carroll y Huxley (1994)	Patológicos No dependientes	26 41	Locus of Control Scale (Rotter, 1966)	Puntúan significativamente más alto en locus de control interno que el grupo de no dependientes
Kweitel y Allen (1998)	No jugadores Jugadores Patológicos	155	IPC Scale	No existen diferencias significativas en locus de control interno. Los jugadores patológicos puntúan significativamente más alto en locus de control externo.

¹ Dickerson (1984).² Walker (1992a).

IPC Scale = Internal-Powerful Others-Chance (Levenson, 1974).

* Es un ticket de lotería que se ofrece en el Royal Hong Kong Jockey Club y donde se deben indicar 26 números del 1 al 40.

Búsqueda de sensaciones

Si ha habido un constructo asociado por antonomasia al juego, ése ha sido el de búsqueda de sensaciones, así caracterizando el jugador es descrito como una persona ávida por experimentar sensaciones y experiencias diversas, nuevas y complejas, así como deseosa de verse implicada en riesgos físicos y sociales (Ochoa y Labrador, 1994). Una imagen un tanto novelesca que las principales investigaciones sobre el tema echan por tierra, pues de los quince estudios recogidos en la Tabla 5.6., ocho no detectan diferencias significativas y cinco encuentran que los jugadores puntúan significativamente más bajo que la población general o que otros jugadores cuya frecuencia de juego es menor.

TABLA 5.6. Estudios sobre factores de personalidad en los jugadores: búsqueda de sensaciones

Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
Anderson y Brown (1984)	Jugadores de Blackjack Estudiantes	12 12	SSS form V	No existen diferencias significativas
Blaszczynsky et al. (1986a)	Patológicos	51	SSS	Puntúan significativamente más bajo que la población normal tanto en la puntuación total como en las subescalas TAS y ES
Ladouceur y Mayrand (1986)	Jugadores de ruleta No jugadores	12 12	S SAST	No existen diferencias significativas
Dickerson et al. (1987)	Muestra general de sujetos que apuestan en las carreras de caballos	172	SSS form V	Puntúan significativamente más bajo que la población general, excepto en el rango de edad de 40-49 años, en el que esta puntuación menor ya no es significativa
Allcock y Grace (1988)	Patológicos Adictos a la heroína Problemas de alcohol Grupo control	10 10 10 25	SSS form V	No existen diferencias significativas entre los jugadores patológicos y el grupo control, mientras que los adictos a la heroína puntúan significativamente más alto que los controles y el grupo con problemas de alcohol más bajo.
Kuley y Jacobs (1988)	Jugadores problema Jugadores sociales	30 30	SSS form V	La puntuación total es significativamente más alta en los jugadores problema que en el grupo de jugadores sociales. Los jugadores problema también puntúan significativamente más alto en las subescalas de Desinhibición, Susceptibilidad al Aburrimiento y Búsqueda de Experiencias
Wolfgang (1988)	Estudiantes de Psicología	84	SSS LAB	No existen diferencias significativas entre actividades de juego desarrolladas en el pasado o en el presente y puntuaciones en la escala SSS, pero sí en actividades de juego futuras. Los sujetos con una puntuación alta en la subescala DIS y ES puntúan más alto también en actividades de juego futuro
Blaszczynski et al. (1990)	Patológicos Pacientes que acuden al médico de familia	48 40	SSS	No existen diferencias significativas
Dickerson et al. (1990a)	Apostantes de locales de apuesta	144	SSS form V	Puntuaciones más bajas que la muestra normal del estudio de Ball (1984). Siendo la diferencia significativa en el rango de edad 50-59
González et al. (1990a)	Patológicos Jugadores sociales	42 21	SSS	No existen diferencias significativas
Dickerson et al. (1991)	Jugadores de Poker- machine	64	SSS form V	Diferencias significativas: la puntuación más alta en los jugadores de media frecuencia de juego y la puntuación más baja en los jugadores cuya frecuencia de juego es alta
Coventry y Brown (1993)	Apostantes de locales de apuestas Muestra de la población general	79 96	SSS form V	Los apostantes puntúan significativamente más bajo que la población normal en la subescala TAS. Puntúan también más bajo aunque sin ser significativo en las subescalas DIS y ES y más alto en la subescala BS. Los apostantes que participan en dos formas de juego obtienen puntuaciones similares a las obtenidas por los no-jugadores en la escala total y en todas las subescalas (a excepción de la ES), aunque las diferencias no son significativas. Los apostantes que participan en tres o más formas de juego adicionales o juegan al casino o apuestan en las carreras puntúan más alto que la población general en el total de la escala y en las subescalas.
Martínez et al. (1993)	Jugadores patológicos Grupo control	57 115	SSS	No existen diferencias significativas
Castellani y Rugle (1995)	Jugadores patológicos Problemas de alcohol Consumo cocaína	126 505 212	Escala E5 del NEO	No existen diferencias significativas
Coventry y Norman (1997)	Apostantes de caballos en locales de apuestas	32	SSS form V (subescala TAS)	No existen diferencias significativas entre los jugadores que participan en distinto número de juegos, ni en los jugadores de casino con respecto a los que no participan en este tipo de juego.

SSS = Sensation Seeking Scale (Zuckerman, 1979).

TAS = Thrill and Adventure Seeking (Búsqueda de emociones y aventuras).

ES = Experience Seeking (Búsqueda de experiencia)

DIS = Disinhibition (Desinhibición).

BS = Boredom Susceptibility (Susceptibilidad al aburrimiento).

SSAST = Sensation seeking and Anxiety State Test (Zuckerman, 1979).

LAB = Leisure Activities Blank (McKeachnie, 1975). Lista alfabética de 120 juegos, actividades, deportes y pasatiempos en los que deben indicar:

(1) su dedicación en el pasado y en el presente.

(2) la dedicación que se planea en el futuro.

NEO = The Revised Neuroticism, Extraversion and Openness Personality Inventory (Costa y McCrae, 1985).

E5 = Excitement Seeking.

Si esta falta de consistencia se encuentra entre los rasgos de personalidad más estudiados, es de esperar un caos similar cuando el objeto de estudio son numerosas variables de personalidad, de diversa condición y evaluadas asimismo con múltiples instrumentos; lo que provoca un amplio grupo de resultados difíciles de sintetizar (ver Anexo B).

Unos resultados, poco precisos y contradictorios, que indican que los esfuerzos por identificar características de personalidad que faciliten el desarrollo de conductas de juego han dado pocos frutos; porque además de que recurrir a un único factor interno como explicación de la conducta suele ser una estrategia poco eficaz, tales estudios sufren ciertas limitaciones metodológicas (Labrador y Fernández-Alba, 1998), entre las que cabría destacar las siguientes:

1. En la mayoría de los estudios no se hace diagnóstico de juego patológico, o bien se utilizan muestras compuestas por sujetos que tienen conductas de juego, por otro lado clasificadas en función de puntos de corte casuales, o bien muestras no clínicas.
2. Las muestras compuestas por jugadores patológicos suelen extraerse de programas de tratamiento, y por tanto pueden discrepar de la población general de jugadores patológicos.
3. Las muestras suelen estar compuestas por un sólo tipo de jugador y sin embargo, los resultados se generalizan a cualquier tipo de juego.
4. No se ha hecho seguimiento de los sujetos mediante estudios longitudinales, por lo que dichas características pueden ser resultado de la propia situación de juego.
5. En la mayoría de los estudios no se ha hecho un screening del posible consumo de drogas concomitante que potencialmente podría estar afectando a los resultados.
6. La diversidad de instrumentos utilizados para evaluar un mismo constructo dificulta aún más la tarea de extraer datos coherentes.
7. En el caso de los estudios sobre búsqueda de sensaciones se utilizan muestras cuyo rango de edad varía considerablemente, cuando se sabe que este constructo correlaciona negativamente con la edad.

5.3.2. Factores biológicos

A pesar de los esfuerzos realizados, la pregunta de por qué algunas personas llegan a convertirse en jugadores patológicos, mientras que otras -expuestas a los mismos factores psicosociales- no, parece que no ha obtenido una respuesta en los rasgos de personalidad. Sin embargo, la búsqueda no ha cesado, emprendiendo un nuevo camino por la senda de los factores de predisposición de naturaleza fisiológica. Resulta razonable pensar que ciertos aspectos biológicos puedan interactuar con factores psicosociales para determinar la ulterior conducta de juego, y de hecho los resultados muestran una trayectoria congruente; aunque las conclusiones sólo son tentativas debido, de nuevo, a problemas metodológicos referidos al tamaño de la muestra, la técnica de muestreo, los datos retrospectivos y la ausencia de un grupo de control apropiado (McGurrin, 1992).

Las diversas líneas de investigación existentes en este campo pueden agruparse en las siguientes:

Disfunción hemisférica

Basadas en la teoría de que la disfunción hemisférica está relacionada con un fallo en el control de los impulsos, estas investigaciones han buscado signos de esa activación hemisférica diferencial induciéndola a través de diferentes tareas. Los resultados indican que los jugadores patológicos, en comparación con los controles, muestran ciertos déficits en el grado de activación electroencefalográfica producidos por simples tareas verbales versus no-verbales (Griffiths, 1995a).

La existencia de patrones de activación electroencefalográfica similares en niños que padecen un trastorno por déficit de atención, establece un paralelismo que inevitablemente plantea la cuestión de si hay una tendencia en los jugadores patológicos a haber padecido algún trastorno por déficit de atención en la niñez, sugiriendo la posibilidad de que tales déficits sean una característica general del jugador patológico preexistente al juego problemático y, por tanto, no limitado a esa situación particular. Los resultados señalan que algunos jugadores patológicos podrían tener, al menos, una forma residual de trastorno por déficit de atención en su madurez; adquiriendo este efecto residual significación etiológica. El hecho de que algunas personas con problemas de alcohol también hayan padecido en la niñez trastornos por déficit de atención ha reforzado esta idea, favoreciendo que tal efecto residual adquiriera la categoría de rasgo característico o, al menos, refleje una disfunción cerebral común a los jugadores patológicos y a los alcohólicos (McGurrin, 1992). No parece sorprendente que el trastorno por déficit de atención, cuyo rasgo característico es la impulsividad, esté relacionado con estas dos conductas problemáticas por exceso (Griffiths, 1995a). En la Tabla 5.7. se resumen los datos aportados por estas investigaciones.

Disfunción en los niveles de monoaminas

Serotonina

Continuando con el razonamiento anterior, los autores de estas investigaciones (Carlton y Manowitz, 1987) sugieren que el vínculo existente entre el trastorno por déficit de atención, el juego patológico y el alcoholismo podría ser un inadecuado control de los impulsos. Impulsividad implica un déficit en los procesos de inhibición, así que el siguiente foco de atención debería ser la serotonina (5-HT), pues es el neurotransmisor que probablemente esté más implicado en este tipo de déficit inhibitorio.

Noradrenalina

Siendo su papel fundamental la regulación de los niveles de vigilancia, en concreto, de la actividad mínima de la vigilia, definiendo claramente los niveles de atención, emoción e hiperexcitabilidad (Gómez-Jarabo, 1997), no es extraño que se haya constituido en centro de interés de los estudios sobre los factores fisiológicos determinantes del juego patológico, postulando que los jugadores patológicos sufren un superávit de noradrenalina.

En la Tabla 5.8. pueden observarse los diferentes estudios que se han realizado midiendo los niveles de serotonina y noradrenalina y sus correspondientes metabolitos en líquido cefalo-raquídeo, sangre y orina. Aunque existe cierta concordancia en los resultados, se requieren más investigaciones que clarifiquen estas hipótesis.

TABLA 5.7. Estudios sobre factores biológicos implicados en el juego patológico: actividad hemisférica

Autor	Tipo de jugador	N	Metodología	Resultados
Goldstein et al. (1985)	Sujetos con historia pasada de juego	8	1. Tareas con los ojos cerrados. Imaginarse una escena (D) dando una conferencia o explicando un procedimiento (I).	Existen diferencias en los valores obtenidos en las tareas verbales y no verbales con ojos cerrados y abiertos en los grupos, siendo esta diferencia mayor en el grupo control. Indicativo de un déficit de diferenciación hemisférica en los jugadores. En las tareas con ojos cerrados, los jugadores muestran una mayor activación en el hemisferio izquierdo.
	Sujetos control	8	2. Tareas con los ojos abiertos. Distribuir formas sin sentido en grupos (D) o deletrear palabras sencillas poniendo en orden letras sueltas.	
Carlton et al. (1987)	Jugadores patológicos	14	Cuestionario: - Variables demográficas. - Patrones de conductas en la infancia (síntomas de Trastorno por Déficit de Atención).	Los jugadores tienen puntuaciones más altas que los controles en las tres categorías del cuestionario (principalmente en la primera): - signos primarios de T.D.A. - signos asociados de T.D.A. - mínima relación con el T.D.A.
	Sujetos control	16		
Carlton y Manowitz (1992)	Miembros de G.A.	12	Cuestionario (Carlton et al., 1987) Test of Behavioral Restraint (TBR)	Los grupos de jugadores y alcohólicos puntúan significativamente más alto en las escalas relacionadas con T.D.A. que el grupo control. A su vez los jugadores puntúan más alto que el grupo de alcohólicos, sobre todo en la escala que mide signos primarios de T.D.A. No existen diferencias significativas entre el grupo control y el de jugadores, pero sí con el grupo de alcohólicos cuyos tiempos son menores.
	Miembros de A.A.	12		
	Sujetos control	15		
Rugle y Melamed (1993)	Jugadores (SOGS)	33	<ul style="list-style-type: none"> - Embedded Figures Test (EFT) (Douglas, 1984) - Wisconsin Card Sorting Test (WCS) (Robinson et al., 1980) - Porteus Maze Test, forms XII-Adult (Porteus, 1965) - Trail Making Test, part B (trails B) (Reitan, 1986) - List Learning with Categorical Clustering (List) (Buschke y fuld, 1974) - Symbol Digit Substitution Test (SDST), forms 1-3 (Royer et al., 1981) - Knox Cube Test (Knox) (Stone y Wright, 1980) - Primary Memory with Interference Test (Prime) (Peterson y Peterson, 1959) - Seashore Rhythm Test (Reitan, 1986) - Childhood Self-Control Rating Scale (SCL) 	<p>Miden funciones de atención mediadas frontalmente. Los jugadores usan más ensayos (WCS), más tiempo (EFT) y cometen más errores (Porteus) que los sujetos control. Miden funciones atencionales de menor orden. No existen diferencias significativas.</p> <p>Los jugadores obtienen puntuaciones significativamente más altas que el grupo control, lo que indica que en el grupo de jugadores ha habido un mayor número de sujetos con conductas en su infancia asociadas a T.D.A.</p>
	Sujetos control	33		

Otros estudios

Bajo este epígrafe se engloban varios estudios que incluyen aspectos fisiológicos de diversa índole. Entre ellos cabe destacar el de Blaszczynski et al. (1986) que analiza el papel de un opiáceo endógeno, la β -endorfina, en la etiología del juego patológico. En el estudio se utilizan 39 jugadores patológicos, de los cuales 26 jugaban a las máquinas recreativas tipo B (*poker-machine*) y 13 apostaban a las carreras de caballos, y 35 sujetos control. Los datos indican que los jugadores patológicos apostantes de carreras tienen unos niveles de β -endorfina inferiores al grupo de jugadores de máquinas recreativas con premio y al grupo control, de los cuales no difieren significativamente estos últimos. Siguiendo a Griffiths (1995a), este resultado implica que los jugadores patológicos probablemente no constituyan un grupo homogéneo y, por tanto, no tienen la misma disposición psicológica y biológica. De hecho, los autores del estudio mantienen la hipótesis de que mientras los jugadores de máquinas recreativas estarían intentando, con dicha actividad, defenderse del estrés, los apostantes de carreras de caballos estarían eliminando el estado de depresión asociado a esos niveles disminuidos de β -endorfinas.

Finalmente, un estudio reciente de Comings et al. (1996) evidencia que puede haber una base genética en el juego patológico, al menos, en algunas personas. En concreto, indican que una variante del gen receptor D2 de la dopamina (DRD2), asociado con otras adicciones, incluidas algunas formas severas de alcoholismo, se ha encontrado en el 51% de los jugadores patológicos ($n=171$) comparado con el 26% de los controles ($n=714$). Además en el 64% de los jugadores con una patología más severa aparecía esta variante del gen (D_2A1), concluyendo los autores que las variantes del gen DRD2 juegan un papel destacado en el desarrollo de esta patología y constituyen un factor de riesgo para las conductas adictivas e impulsivas.

Como puede observarse los resultados son dispares y escasamente concluyentes, presentándose el problema de si la alteración biológica es causa, producto o mero acompañante del juego patológico. Y aún cuando se pudiese establecer inequívocamente algún factor biológico de predisposición, quedarían por responder dos preguntas: (1) como tal predisposición no lleva irrevocablemente a un juego patológico, sería necesario determinar por qué algunos individuos *escapan* de su predisposición y no acaban desarrollando ninguna patología; (2) como todos los individuos predispuestos no desarrollan una patología común, sería necesario determinar por qué individuos semejantes *eligen* patologías diferentes (Carlton y Manowitz, 1987). Por lo demás, es cuestionable el valor real de estos factores biológicos en el desarrollo de un problema de juego, dado el escaso efecto que parecen tener en la población cuando dicha actividad no está legalizada (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

5.4. FACTORES DE APRENDIZAJE

Cuando a principio de los años '50 la popularidad de las teorías psicodinámicas, que históricamente habían sido predominantes en el estudio del juego a raíz de la obra de Freud "*Dostoevsky and parricide*", empieza a decaer, éste se convierte en un tópico de las teorías de aprendizaje: la conducta de juego es una respuesta aprendida (Griffiths, 1995a).

TABLA 5.8. Estudios sobre factores biológicos implicados en el juego patológico: niveles de monoaminas

Autor	Tipo de jugador	N	Metodología	Resultados
Roy et al. (1988)	Jugadores patológicos Sujetos control	20 20	Análisis de sangre y orina Punción lumbar	Niveles de MHPG sanguíneo significativamente más altos en los sujetos control que en los jugadores. Los jugadores tienen niveles significativamente más altos de MHPG en el líquido cerebro espinal que los controles. Los jugadores tienen significativamente más cantidad de noradrenalina en orina que los sujetos control. Estos dos aspectos indican una disfunción del sistema noradrenérgico.
Roy et al. (1989b)	Jugadores patológicos	17	Análisis de sangre y orina Punción lumbar	Los índices biológicos de la función noradrenérgica correlacionan significativamente con el rasgo de personalidad: extroversión.
Roy et al. (1989c)	Jugadores patológicos Sujetos control	17 13	Análisis de sangre y orina Punción lumbar	No existen diferencias significativas en los niveles de GABA en líquido cefalo-raquídeo entre los jugadores patológicos y los sujetos control. Esto sugiere que una disfunción del sistema GABA central no está implicado en la psicobiología del juego patológico. Niveles en líquido cefalo-raquídeo de GABA correlacionan negativa y significativamente con niveles de MHPG y positiva y significativamente con niveles de CRH. No existen estas correlaciones en el grupo de jugadores. Este aspecto sugiere que la relación neuromodulatoria puede estar alterada, contribuyendo a la hiperactividad del sistema noradrenérgico en los jugadores.
Roy et al. (1990)	Jugadores patológicos Alcohólicos Sujetos control	19 48 13	Punción lumbar: - niveles de galanin en líquido cefalo-raquídeo.	No existen diferencias significativas entre los tres grupos, lo que sugiere que el galanin no tiene importancia fisiopatológica ni en juego patológico ni en el alcoholismo. En el grupo de jugadores patológicos existe una correlación negativa y significativa entre los niveles de noradrenalina y los de galanin en líquido cefalo-raquídeo. Esto sugiere la posibilidad de una relación alterada en el juego patológico entre la noradrenalina y su neuromodulador.
Moreno et al. (1991)	Jugadores patológicos Sujetos control	8 8	Test de la clonipramina (Administración intravenosa de clonipramina): - Prolactina - Hormona del crecimiento - Cortisol	Los jugadores patológicos muestran una respuesta más mitigada que los controles, indicando una hipoactividad del sistema serotoninérgico ante estímulos específicos. No existen diferencias significativas.
Vázquez et al. (1991)	Juego patológico Trastorno de angustia T.O.C. Sujetos control	23 20 23 12	Test de la clonipramina. Análisis de sangre	No existen diferencias significativas en las concentraciones de clonipramina entre los grupos.
Carrasco et al. (1994)	Jugadores patológicos Sujetos control	15 25	Análisis sanguíneo	La actividad MAO es significativamente menor en el grupo de jugadores que en el control. En el grupo control la actividad MAO correlaciona negativamente con el constructo búsqueda de sensaciones. En el grupo de jugadores correlaciona positivamente.
Bianco et al. (1996)	Jugadores patológicos Sujetos control	27 27	Índices de MAO	La actividad MAO es significativamente menor en los jugadores patológicos que en un grupo de comparación. Signo de disfunción serotoninérgica.
Bergh et al. (1997)	Jugadores patológicos Sujetos control	10 7	Punción lumbar	Disminución de la concentración de dopamina y aumento de sus metabolitos (DOPAC y HVA) en líquido cefalorraquídeo de los jugadores patológicos. La concentración de noradrenalina y MHPG aumentan en los jugadores patológicos mientras que en 5-HT y 5-HIAA no existen diferencias significativas.

5.4.1. Condicionamiento operante

En un principio, el juego se ve como una conducta operante, las conductas de juego patológico, en especial los juegos de azar, están controlados por un programa de razón variable, en el que las conductas obtienen un premio sólo en algunas de las apuestas y sin control directo por parte del sujeto. Es decir, la conducta de juego resulta premiada de vez en cuando y de forma aleatoria, sólo cuando el jugador ha realizado cierto número de conductas (sin conocimiento previo de su total), aunque cuantas más se emitan más alta es la probabilidad de obtener premio; por lo que este programa de reforzamiento genera expectativas muy altas, provocando una tasa de conductas elevada y estable (resistente a la extinción) (Ochoa y Labrador, 1994).

Aunque a simple vista aparezca el dinero como principal estímulo reforzador, no deben circunscribirse tales estímulos reforzadores a los posibles premios económicos, de hecho en algunos juegos, como las máquinas recreativas tipo A, éstos no existen. Otros reforzadores, como alteraciones en el nivel de activación o atención y aprobación social, pueden desempeñar un papel importante.

Parece que, en distintos momentos del desarrollo de la conducta de juego patológico, pueden estar operando diversos procesos operantes. Así, el reforzamiento positivo jugaría un papel primordial en los primeros momentos, en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego, de forma que resulta frecuente la aparición de una ganancia elevada al inicio de la historia de juego; de hecho Skinner, ya en 1953 (Griffiths, 1995a), afirmaba que la conducta de juego de un individuo está en función de su historia de reforzamiento previa, y otros autores (Wolkowitz et al., 1985) enfatizarán la importancia de la *suerte del principiante* o la *gran ganancia* en el desarrollo del juego patológico. Mientras que posteriormente sería más importante el papel del reforzamiento negativo, en el que disminuir o eliminar sensaciones o emociones desagradables se convierte en el objetivo primordial del juego, bien evitar un estado desagradable de deterioro económico y de ansiedad por haber perdido, o bien un malestar no relacionado con el juego, por lo que en este punto la conducta de juego se puede ver potenciada ante cualquier situación de estrés o malestar (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

5.4.2. Condicionamiento clásico

Brown (1987b) indica que mientras el condicionamiento operante puede explicar por qué una vez iniciado un episodio de apuesta los individuos continúan jugando, parece fracasar a la hora de especificar la reinstauración del fenómeno a largo plazo, esto es, cuando el episodio de juego ha cesado y la serie de reforzamientos se rompe, se vuelve a buscar esta situación comenzando un nuevo episodio de juego. Así que este autor propone un modelo de condicionamiento clásico, siendo el fenómeno central del juego una experiencia subjetiva y un estado objetivamente verificable de arousal, probablemente autonómico y/o cortical, en el que la tasa de reforzamiento intermitente es vista únicamente como un instrumento para alcanzar el arousal deseado (Brown, 1986; 1987a). De forma que la constante repetición de experiencias de arousal elevado durante largos periodos de tiempo produce efectos de condicionamiento clásico en los jugadores regulares, sugiriendo que el jugador patológico se convierte en adicto a su propio arousal y a sus efectos físicos y psicológicos; Boyd, en 1976, ya decía que la excitación era la droga del jugador. En este caso se asume, por tanto, que el Sistema Nervioso Autónomo juega un papel importante en el proceso de

condicionamiento, que aclara el fenómeno de reinstauración tanto en el juego normal como en el patológico, y en el que se añaden claves internas (estado de ánimo/arousal) a los estímulos externos situacionales.

Por su parte, Anderson y Brown (1984) ponen de manifiesto aquello que la evidencia parece sugerir, a saber, que: (1) el juego es muy excitante, (2) alguna forma de arousal o excitación es un gran, y posiblemente el mayor, reforzador de la conducta de juego en los jugadores regulares, y (3) las diferencias individuales en la búsqueda de sensaciones están implicadas en la conducta de juego, probablemente como uno más de sus múltiples determinantes; dejando así constancia de que la activación cumple un papel central en la explicación del juego patológico, bajo la asunción de que el jugador no pretende ganar una fortuna sino mantener un nivel óptimo de arousal.

A pesar del alcance que pueda desempeñar la activación en la comprensión del inicio y mantenimiento de la conducta de juego, no resulta excesivamente evidente cómo intervienen los principios del condicionamiento clásico en la propuesta de Brown; ya que tal y como señala Walker (1992a), la confrontación con una serpiente venenosa también va a provocar un ascenso del arousal y sin embargo, resulta una experiencia aversiva para la mayoría de las personas con independencia de cual sea su estado de arousal previo. La pregunta sería, entonces, qué hace que el juego se experimente como algo placentero: los premios; cualquier conducta que preceda a una ganancia llegará a provocar una respuesta condicionada de placer (Walker, 1992a).

Con independencia del papel funcional que desempeñe la activación, los estudios que han evaluado esta variable, bien a través de medidas psicofisiológicas, bien por medio de índices subjetivos, señalan un aumento en los niveles de activación asociado a la conducta de juego (Anderson y Brown, 1984; Coulombe et al., 1992). Este aumento se ha observado en todos los jugadores, con independencia de su frecuencia de juego y de la problemática ligada a éste. Sin embargo, esta activación es significativamente mayor en los jugadores patológicos (Leary y Dickerson, 1985). Incluso se ha encontrado que es mayor en jugadores habituales (pero no patológicos) que en los ocasionales (Dickerson y Adcock, 1987). La Tabla 5.9. resume los principales estudios en este área.

En definitiva, el aumento del nivel de activación depende de distintos factores, entre ellos los relacionados con el tipo de juego y las conductas que se pueden realizar en él, por lo que es probable que la activación aumente en aquellos juegos en los que la persona tiene la posibilidad de tomar una postura más activa y en los que se puede jugar de forma continua (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

5.4.3. Aprendizaje vicario

Ya se ha indicado como el modelado por parte de padres, amigos y figuras relevantes puede jugar un papel importante en el aprendizaje de la conducta de juego. Por ejemplo, en el trabajo de Ladouceur y Mireault (1988), el 60% de los jóvenes que jugaban a las máquinas tragaperras lo hacían con sus padres, el 57% con sus hermanos y el 50% con otros miembros de la familia. A estos modelos, de los cuales carecían las generaciones precedentes (al menos en la oferta tan diversificada y generalizada de juegos), hay que añadir el hecho de que las nuevas generaciones tienen un acceso más fácil y por tanto, una exposición más temprana a ciertos juegos, entre los que cabría destacar los video-juegos, tanto en video-consolas y ordenadores de uso personal como en las salas recreativas cuya proximidad a las máquinas recreativas con premio es patente (Robert y Botella, 1995).

TABLA 5.9. Estudios sobre activación psicofisiológica en situación de juego

Autor	Tipo de jugador	N	Metodología	Resultados
Wray y Dickerson (1981)	Miembros de G.A.	51	Autoinforme retrospectivo	El 70% de los jugadores se siente muy/extremadamente excitado durante el juego.
Anderson y Brown (1984)	Jugadores regulares de Blackjack Estudiantes	12	Tasa cardíaca	Los jugadores regulares sufren un incremento medio de 23 pulsaciones por minuto con respecto a la línea-base.
		12		Los estudiantes sufren un incremento medio de 4 pulsaciones por minuto con respecto a la línea-base.
Leary y Dickerson (1985)	Jugadores de alta frecuencia	22	Tasa cardíaca	Los jugadores de alta frecuencia sufren un incremento medio de 13,5 pulsaciones por minuto con respecto a la línea-base. Incremento significativamente mayor que el experimentado por el grupo de jugadores de baja frecuencia.
	Jugadores de baja frecuencia (poker-machine)	22	Subescala A-State del STAI	Existe un incremento paralelo en la medida subjetiva (A-State).
Blaszczynski et al. (1986a)	Jugadores patológicos	51	STAI	Comparado con la muestra de pacientes neuropsiquiátricos de Spielberger, los jugadores patológicos no puntúan más alto ni en estado ni en rasgo, situándose en los percentiles 45 y 54 respectivamente. Comparado con datos basados en estudiantes, los jugadores patológicos están en los percentiles 84 y 87 en las escalas estado y rasgo respectivamente.
Dickerson y Adcock (1987)	Jugadores de alta frecuencia	22	Tasa cardíaca	Los jugadores de alta frecuencia tienen un incremento en la tasa cardíaca significativamente mayor ($\bar{x}=13,5$ pulsaciones por minuto) que los jugadores de baja frecuencia ($\bar{x}=9,4$ pulsaciones por minuto).
	Jugadores de baja frecuencia (poker-machine)	22	Subescala A-State del STAI	Los jugadores de alta frecuencia tienen unos cambios significativamente mayores al finalizar el periodo de juego.
Dickerson y Adcock (1987)	Muestra general de miembros de la universidad y estudiantes	36	Subescala A-State del STAI 3 escalas analógicas visuales: A. Bajo-Alto. B. Calma-Tensión. C. Aburrimiento-Excitación.	La persistencia en el juego, medida a través del número total de jugadas, está significativamente relacionado con la duración del arousal en tres de las cuatro medidas subjetivas (subescala A-State y las escalas analógicas visuales B y C). Los sujetos que deciden continuar jugando después del periodo mínimo obligatorio de 40 jugadas, puntúan significativamente más excitados en la escala analógica visual C.
Dickerson et al. (1987)	Muestra general recogida de una agencia de off-course	172	Subescala A-State del STAI	La media obtenida es de 8,79.
Brown (1988) (tomado de Griffiths, 1995b)	Jugadores de fruit-machine	12	Tasa cardíaca	La tasa cardíaca de los jugadores incrementa una media de 26.75 pulsaciones por minuto sobre la línea-base después de nueve minutos.
Griffiths (1990, 1991b)	Jugadores patológicos	9	Auto-informe	Niveles de excitación subjetiva durante el juego significativamente más altos en el grupo de jugadores patológicos.
	Jugadores regulares (fruit-machine)	41		
Dickerson et al. (1991)	Jugadores de baja frecuencia	20	Tasa cardíaca	No existen diferencias significativas entre los grupos, ni durante el juego ni entre la línea-base y el periodo de juego. Los jugadores de alta frecuencia tienden a experimentar mayor grado de excitación durante el juego que los jugadores de frecuencia media y baja.
	Jugadores de media frecuencia	22	Escala analógica visual: - Excitación subjetiva: 0-100	
	Jugadores de baja frecuencia (poker-machine)	22		

TABLA 5.9. Estudios sobre activación psicofisiológica en situación de juego (continuación)

Autor	Tipo de jugador	N	Metodología	Resultados
Coulombe et al. (1992)	Jugadores regulares	12	Tasa cardíaca	No existen diferencias significativas entre los dos grupos.
	Jugadores ocasionales (poker-machine)	12		
Dickerson et al. (1992)	Jugadores de alta frecuencia (poker-machine)	10	Tasa cardíaca Auto-informe	No existen diferencias significativas entre la línea-base y el período de juego, ni entre los minutos en los que no gana y aquellos en los que tiene ganancias pequeñas o grandes.
Coventry y Brown (1993)	Jugadores regulares	79	Subescala A-State del STAI	La media obtenida es de 8,61.
	Grupo control	96	Escala de Awareness of Autonomic Activity (AAA) (Mandler et al., 1958)	La media obtenida es de 15,6. Existe una correlación positiva y significativa de 0,485.
Griffiths (1993a)	Jugadores regulares	15	Tasa cardíaca	No existen diferencias significativas entre los dos grupos durante el juego frente a la línea-base (incremento medio \bar{x} = 22 pulsaciones por minuto). Existen diferencias significativas entre los grupos al terminar de jugar, mientras que en los jugadores regulares la tasa cardíaca comienza a disminuir inmediatamente, en los jugadores no regulares no hay un cambio significativo con respecto al período de juego.
	Jugadores no regulares	15		
Carroll y Huxley (1994)	Jugadores dependientes	14	Presión sanguínea	Presión sistólica: los jugadores dependientes registran niveles significativamente más bajos que los jugadores no dependientes. Presión diastólica: Los jugadores dependientes registran niveles significativamente más bajos que los jugadores no dependientes.
	Jugadores no dependientes	18		
Griffiths (1995b)	Jugadores no-regulares	30	Auto-informe	No existen diferencias significativas entre los diversos grupos en el grado de excitación antes y después de jugar. Existen diferencias significativas entre los jugadores no-regulares y los regulares y patológicos en el grado de excitación durante el juego, siendo mayor en los grupos de jugadores regulares y patológicos, aunque sin diferencias significativas entre ambos.
	Jugadores regulares	19		
	Jugadores patológicos	11		
Sharpe et al. (1995)	Jugadores problema	13	EMG frontal	No existen diferencias significativas entre los grupos en tasa cardíaca y EMG frontal. Los jugadores problema presentan un mayor incremento en SCL que los grupos de jugadores sociales.
	Jugadores de alta frecuencia	12	Tasa cardíaca	
	Jugadores de baja frecuencia	13	SCL Auto-informe	
Coventry y Norman (1997)	Apostantes de carreras de caballos en locales de apuestas	32	Tasa cardíaca	Existen diferencias intrasujeto en diferentes momentos del proceso de juego (antes-durante-después), pero no aparecen diferencias significativas entre los jugadores de baja y alta frecuencia.

Slot-machine: término genérico utilizado para referirse a cualquier máquina caracterizada por la inserción de una moneda, la acción de un mecanismo de azar y el abono del premio dependiendo de los resultados.

Fruit-machine: slot-machine en la que existe la posibilidad de interactuar con la máquina (ej.: reteniendo figuras, acumulando premios, etc.).

Video poker-machine: slot-machine en la que se juega a las cartas, existiendo la posibilidad de interactuar con la máquina (ej.: reteniendo ciertas cartas en cada tirada).

5.5. MECANISMO DE EJECUCIÓN CONDUCTUAL

Según la teoría del mecanismo de ejecución conductual (McConaghy, 1980, 1983), cuando una conducta se convierte en habitual se establece en el Sistema Nervioso Central un mecanismo de terminación de la misma, ya que, siguiendo las investigaciones de Sokolov (1963) y Anokhin (1955) (citados en McConaghy, 1980, 1983), el Sistema Nervioso Central de cada persona construye una estructura neural de todas sus conductas habituales, comenzando desde el estímulo que las inicia hasta la ejecución final de la conducta. Este mecanismo se activa cuando la persona se encuentra ante estímulos que precedieron a la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta.

Cuando la conducta se realiza en su forma habitual, esto es, según el modelo cortical proporcionado, el nivel de arousal permanece bajo, pero si la conducta no se realiza o no se completa cuando el sujeto es estimulado para llevarla a cabo, el mecanismo de ejecución conductual produce un aumento de activación y, por tanto, de tensión subjetiva. El carácter desagradable de esta situación fuerza al sujeto a completar la conducta (a jugar), incluso cuando no desee hacerlo. Para un jugador patológico, la conducta de juego sería una de estas respuestas que es impulsado a ejecutar ante la presencia de determinados estímulos. La tensión o activación que presenta si no lleva a cabo la conducta de juego es un claro exponente de este mecanismo de ejecución conductual.

6

FACTORES EXPLICATIVOS II: Aspectos cognitivos

"Parece que la humanidad tiene dificultad para aceptar la arbitrariedad que de hecho caracteriza al mundo" (Rubin y Peplau, 1978)

En la actualidad el centro de atención se ha desplazado al estudio de las distorsiones cognitivas en el ámbito de juego, como queda reflejado en la siguiente frase de Ladouceur (1993a, p. 364): la incapacidad para "tener en cuenta la independencia entre los acontecimientos sería el elemento más importante para comprender la dinámica del jugador".

Debido al interés surgido por dichas variables cognitivas, el presente capítulo pretende realizar un recorrido teórico-experimental por este dominio. A pesar de tener un objetivo tan claro, a lo largo del trayecto se tomarán caminos adyacentes pero imprescindibles para la consecución del mismo: ¿Qué función desempeñan las distorsiones cognitivas en la conducta de juego y cuáles son los errores cometidos en los juegos de azar?, pero para ello se hace imprescindible analizar, primero, las claves del razonamiento humano.

6.1. ESTRATEGIAS EN EL RAZONAMIENTO HUMANO

"El razonamiento es un proceso sistemático de pensamiento que permite a los sujetos extraer conclusiones a partir de premisas o acontecimientos dados previamente, es decir, obtener algo nuevo a partir de algo ya conocido" (García y Carretero, 1986, p.173).

La distinción tradicional entre razonamiento deductivo e inductivo, dependiendo de si la conclusión se infiere necesariamente de las premisas o se obtiene una regla a partir de datos concretos, no parece ser muy útil cuando lo que se pretende es determinar el proceso de razonamiento al que se enfrenta un sujeto

(Wason, 1978; citado en García y Carretero, 1986). Dicho autor propone la distinción entre problemas cerrados y generativos. Si los primeros presentan una estructura lógica bien definida, los segundos, por el contrario, requieren, por parte del sujeto, generar información para encontrar la solución.

6.1.1. Tareas lógicas y probabilísticas: Teorías normativas

Continuando con la distinción que propone Wason, las tareas lógicas harían referencia a los problemas cerrados, mientras las probabilísticas se referirían a los generativos. Siguiendo la revisión de García y Carretero (1986), a su vez en el ámbito de la lógica proposicional destacan dos tipos de razonamiento: lineal y silogístico. El razonamiento lineal o serial alude a un tipo de problema deductivo en el que la respuesta depende de las relaciones existentes entre los términos de las premisas. Su estudio se centra en la adquisición y comprensión de las conectivas lógicas, es decir, las reglas que permiten crear nuevos enunciados transformando los primeros. El razonamiento silogístico, por su parte, también alude a un problema de tipo deductivo pero en el que la respuesta depende de las relaciones entre dos premisas. Su estudio se centra en los silogismos categóricos, aquellos cuyas premisas están unidas mediante conjunción. En las tareas probabilísticas, por el contrario, uno se enfrenta a problemas de tipo generativo, esto es, situaciones caracterizadas por la incertidumbre ante las cuales "se deben realizar pronósticos o tomar decisiones que no permiten una conclusión necesariamente válida" (García y Carretero, 1986, p. 177). Del mismo modo que las tareas lógicas, las probabilísticas disponen de un sistema normativo que permite contrastar la actuación de los sujetos: la teoría de la probabilidad.

"Los principios universales de la lógica, de la aritmética y del cálculo de las probabilidades tienen en las ilusiones cognitivas la misma función que los principios de la óptica, de la geometría, de la astronomía y de la física clásica tienen en las ilusiones perceptivas: nos dicen qué es lo que *deberíamos* ver, o pensar, no lo que efectivamente vemos o pensamos" (Piattelli, *Los túneles de la mente*).

6.1.2. Limitaciones en el procesamiento de la información: Heurísticos y sesgos

La perspectiva imperante hasta la década de los '70, que consideraba al hombre como un buscador activo de información para comprender su entorno y un usuario eficiente de dicha información en el análisis cotidiano de la misma, comienza a ponerse en entredicho (Vázquez, 1985).

Una serie de trabajos empíricos sobre el razonamiento comienzan a cuestionar seriamente la metáfora del hombre como científico. En otras palabras, se cuestiona la idea de que el hombre proceda de manera racional, y más aún que apele en su razonamiento a algún tipo de cálculo lógico-proposicional o probabilístico.

Wason y Johnson-Laird (en el ámbito de las tareas lógicas) y Kahneman y Tversky (en el de las tareas probabilísticas) son las figuras más representativas de esta nueva concepción del ser humano (Gardner, 1987).

A continuación se revisan los estudios de estos autores que ponen de manifiesto el grado en que los humanos se apartan de la racionalidad.

Tareas lógicas

Tarea de selección de Wason

El problema diseñado por Wason (1966 y 1968; citado en García y Carretero, 1986) y también denominado el problema de Wason o el problema de las cuatro tarjetas, se compone de cuatro tarjetas, una frase y unas instrucciones.

Problema de las cuatro tarjetas

- ☞ *Tarjetas:* Las cuatro tarjetas tienen una letra por una cara y un número por la otra. El orden de presentación es el siguiente: E, D, 4, 7 y se pide que no les den la vuelta.
- ☞ *Frase:* "En todas las tarjetas donde hay una E en una cara, hay un 4 en la otra".
- ☞ *Instrucciones:* "¿Qué tarjetas es necesario y suficiente levantar para saber si la frase es verdadera o falsa?"

Como puede verse la frase que hay que comprobar es un enunciado condicional del tipo Si p, entonces q; siendo p la letra E y q el número 4 y no-p la letra D y no-q el número 7.

Problema de las cuatro tarjetas

- ☞ *Solución:*
 - ✓ La primera tarjeta E (p) tiene que ser levantada para ver si realmente tiene un 4 (q) por la otra cara.
 - ✗ La segunda no es necesario levantarla porque al tener una D (no-p) no puede hacer falso el enunciado.
 - ✗ La tercera tarjeta 4 (q) no es necesario levantarla, ya que si no tiene una E no falsea el enunciado.
 - ✓ La cuarta tarjeta 7 (no-q) hay que levantarla ya que si tiene una E (p) por la otra cara hace falso el enunciado.

Los resultados de este problema arrojaron que el 90% de los sujetos (Gardner, 1987) seleccionaba las tarjetas mencionadas en la frase, esto es, E y 4 o únicamente E.

Las explicaciones propuestas por Wason y Evans (1975, citados en García y Carretero, 1986) a la dificultad que se encuentra en la resolución de este problema son de dos tipos:

- Los sujetos se fijan únicamente en las tarjetas que pueden verificar el enunciado.
- Los sujetos escogen las tarjetas que menciona el enunciado independientemente de otros factores (sesgo de emparejamiento).

Los estudios de Johnson-Laird pusieron de manifiesto como la utilización de material temático o realista facilitaba enormemente la tarea. A continuación se ejemplifica un problema de estas características (Gardner, 1987).

Las cuatro tarjetas tienen un lugar por una cara y un medio de transporte por la otra. El orden de presentación es el siguiente: Manchester, Sheffield, tren, automóvil. Y la regla enunciada determina que "cada vez que voy a Manchester, viajo en tren". Aunque formalmente esta regla es idéntica a la del problema anterior, plantea escasas dificultades a los sujetos, dando el 80% de los mismos una respuesta correcta.

La explicación propuesta para dar cuenta de esta diversidad de resultados considera que "las personas se desempeñan mejor ante problemas que incluyen elementos muy conocidos para ellas porque les permite ubicarse en la situación e imaginar que harían o que sería razonable hacer" (Gardner, 1987, p. 389).

Tarea con silogismos categóricos

El razonamiento silogístico consiste en conectar directamente los dos términos que antes lo estaban a través del término medio.

Ante la actuación diferencial de los sujetos en silogismos de dificultad variable se han propuesto diferentes explicaciones para dar cuenta de este hecho. De entre ellas, la más conocida es la teoría del efecto atmósfera, según la cual el razonamiento de los sujetos está influido por la atmósfera de las premisas y por tanto la conclusión será elegida en función de esta impresión general. De manera que dicho razonamiento, basado en un proceso de selección de los rasgos lingüísticos superficiales de las premisas, se alejaría de la teoría normativa de la lógica.

Otras teorías alegan que se cometen errores, fundamentalmente, de interpretación y de combinación incompletas en la fase de interpretación y en la de combinación respectivamente (García y Carretero, 1986).

Por su parte, Johnson-Laird (Gardner, 1987) propone el concepto de modelo mental para dar cuenta tanto de la racionalidad como del error en los razonamientos humanos. Sería un modelo analógico cuyo proceso heurístico se basa en la representación (palabras, imágenes) de toda la información que puede extraerse de las premisas para posteriormente sacar conclusiones. Como puede comprobarse, este proceso genera una conclusión inicial sin hacer uso de la lógica y sólo posteriormente sería comprobada en una fase final de prueba lógica.

Tareas probabilísticas

"¿Cómo evalúan las personas la probabilidad de un evento incierto o el valor de una cantidad variable?" (Tversky y Kahneman, 1982, p. 3). Con esta pregunta el equipo formado por Kahneman y Tversky iniciaba un libro crucial sobre las investigaciones habidas en el área de las estimaciones probabilísticas. Investigaciones que ponen de manifiesto cómo ante tareas de corte probabilístico tampoco se utiliza ningún sistema normativo de acuerdo con las reglas al uso (García y Carretero, 1986).

Por ello el objetivo de los autores, a lo largo de su exposición, es demostrar que "las personas confían en un número limitado de principios heurísticos, lo que reduce las complejas tareas de evaluación de probabilidades y de predicción de valores a unas operaciones de juicio más simples" (Tversky y Kahneman, 1982, p. 3).

La evaluación personal de las probabilidades puede tomar una de estas tres formas: (1) se puede hacer un análisis de las características físicas de aquello que determina los resultados y así establecer la probabilidad de ocurrencia de un evento (ej: probabilidad de aparición de una cara de un dado en un lanzamiento); (2) si el mecanismo físico es complejo o difícil de entender, las probabilidades se pueden determinar observando su frecuencia relativa pasada y usando este valor para estimar su ocurrencia futura (ej: la posibilidad de obtener tres cerezas en una máquina recreativa se puede estimar observando su frecuencia de aparición relativa en el pasado); (3) cuando la frecuencia de aparición relativa pasada es difícil de obtener, resulta necesario hacer juicios de probabilidad subjetivos y, desafortunadamente, los humanos tienden a ser bastante ineficaces evaluando probabilidades intuitivamente (Corney y Cummings, 1985).

6.2. JUEGO PATOLÓGICO: UNA BURLA A LA RACIONALIDAD

“Disipar la sospecha de que las ilusiones cognitivas nos demuestran que el hombre es un animal necesariamente irracional. Lo es con frecuencia y de una manera exagerada, pero no necesariamente” (Piattelli, *Los túneles de la mente*).

Tras la breve revisión que se ha hecho de las estrategias utilizadas en el razonamiento humano, se puede concluir que el hombre no maneja ni analiza la información proveniente de su entorno como un científico. Dicho análisis se lleva a cabo utilizando una serie de heurísticos y sesgos que, aunque facilitan la tarea, se alejan del proceder racional estricto. “Colgada de una de las paredes del estudio del gran físico danés, premio Nobel, Niels Bohr, destacaba una hermosa herradura de caballo. Un visitante, estupefacto, exclamó: «Profesor Bohr, ¿no me dirá que cree realmente en estas estúpidas supersticiones!». Sin inmutarse Bohr respondió: «¡Por supuesto que no! Pero me han dicho que funciona incluso si no se cree en ello»” (Piattelli, 1995, p. 102).

Si esta manera de proceder se lleva a cabo en tareas lógicas, con más motivo se empleará en las tareas probabilísticas, puesto que la incertidumbre característica de las conclusiones extraídas en los problemas generativos favorece el uso de tales heurísticos y sesgos. “Una intuición probabilística cualquiera, de un individuo cualquiera (no educado específicamente en el cálculo de las probabilidades) tiene más de un 50 por 100 de probabilidades de estar equivocada” (Piattelli, 1995, p. 132).

El juego, ejemplo paradigmático de tarea probabilística, va a ser, por tanto, un campo abonado para el desarrollo de infinidad de sesgos cognitivos. El presente apartado pretende delimitar qué tipos de distorsiones cognitivas aparecen concretamente en este ámbito y en qué medida son responsables del mantenimiento de la conducta de juego, favoreciendo el paso a un juego problemático.

En 1734, la revista *The Hollandsche Spectator* contenía un curioso anuncio (Fokker, 1862, citado en Wagenaar, 1988) que solicitaba a la persona que tuviera el número de lotería 1.431 se pusiera en contacto con el anunciante para comprarle el boleto ya que tenía la firme convicción de que iba a ser premiado. El razonamiento era el siguiente: si a 1.734 se le resta 1.431 queda 303, número que sumado da seis, el primer número perfecto y por añadidura el cero, cuya forma de círculo le confiere el papel de la figura más perfecta. Y su edad correspondía a 303 meses, cifra divisible por nueve, el número de letras que contenía

su nombre. El propietario de dicho número no aceptó vender su boleto por una cantidad cinco veces mayor que lo pagado ya que quería tener la oportunidad de ganar una fortuna.

Durante una partida de cartas, un jugador se levanta y da la vuelta a su silla, su objetivo no es acomodarse sino realizar un círculo mágico para dejar fuera a los espíritus malignos (López y Ortega, 1982).

En 1967, el sociólogo J.M. Henslin, mientras se encontraba en los casinos de las Vegas, observó que los jugadores de *Craps* (juego basado en el lanzamiento de dos dados) que deseaban una cifra elevada efectuaban un lanzamiento fuerte y rápido, mientras que, por el contrario, aquellos que deseaban una cifra baja realizaban un lanzamiento suave y lento.

El hecho de que 303 sea divisible por nueve, o que se cambie de posición una silla o que los dados sean lanzados con mayor o menor fuerza, obviamente, no afecta a los resultados; la probabilidad de ganar a la lotería, a las cartas o a los dados (a no ser que se haga trampa) no cambia con tales conductas. Entonces, ¿por qué el jugador persiste en mantenerlas? o mejor aún ¿por qué los jugadores siguen jugando si la Ley de los Grandes Números indica que a la larga los resultados van a ser negativos? En definitiva ¿por qué se sigue jugando a pesar de las pérdidas?

Diversas teorías (Wagenaar, 1988) intentan explicar esta paradoja. Por un lado, se ha argumentado que los jugadores valoran más el dinero que esperan ganar que aquel que ya se ha perdido; por otra parte, se ha sugerido que el juego es un pasatiempo por el que se está dispuesto a pagar; también se ha dicho que el ambiente del juego (trato educado, ofrecimiento de bebidas, comida, etc.) da prestigio al jugador; por último, otras teorías hacen alusión al papel que juegan motivos psicológicos más profundos. En cualquier caso, ninguna de estas teorías proporciona una explicación al razonamiento que manifiestan los jugadores.

En palabras de Wagenaar (1988, p. 3), parece que una explicación que haga alusión a la "fuerte creencia de los jugadores en unos principios que no son estadísticos es suficiente y podría, más que ninguna otra explicación, proporcionar algún conocimiento, no sólo de por qué juega la gente sino también de cómo juega la gente". Tradicionalmente han sido dos los argumentos esgrimidos en el intento de justificar este alejamiento del razonamiento humano de la senda *racional*: la teoría decisional normativa y el contexto de los heurísticos y los sesgos.

6.2.1. Teoría decisional normativa

El objetivo de una teoría normativa (Wagenaar, 1988; Einhorn y Hogarth, 1981) es predecir una decisión racional a través del establecimiento de qué es lo que se debe hacer para maximizar un resultado.

En las teorías probabilísticas, por definición, no hay manera de evitar completamente la incertidumbre; lo que significa que las decisiones deben basarse en expectativas. Dichas expectativas se componen de dos elementos: la utilidad de la alternativa y la probabilidad estimada de que de hecho se produzca esa alternativa. Es la combinación de la probabilidad por la utilidad lo que proporciona el grado de atracción de una alternativa.

Se puede utilizar el juego como ejemplo: si el precio de un billete de lotería que está compuesta de 500 boletos es de 100 pesetas y el único premio que se ofrece es de 1.000 pesetas; la predicción que establece la teoría normativa es la siguiente:

$$(1/500 * 900) - (499/500 * 100) = -98 \text{ ptas.}$$

La elección está entre perder una media de 98 pesetas o mantener el status quo en el que nada se gana o se pierde.

Cuando una persona se desvía de esta prescripción se puede decir que no está maximizando el resultado. No obstante, el modelo se complica cuando la utilidad es interpretada como un valor subjetivo. Siguiendo con el ejemplo anterior, no es lo mismo perder 100 pesetas para una persona que para otra o, incluso, para una misma persona en diferentes momentos. Por tanto, con la introducción del concepto de utilidad subjetiva se puede seguir manteniendo que las personas están maximizando los resultados.

Sin embargo Wagenaar (1988), influido por posiciones opuestas a las teorías normativas, considera que a pesar de las reformulaciones del modelo de la utilidad subjetiva esperada, las teorías normativas no dan cuenta de la manera en que los sujetos toman las decisiones. Parece que éstas no se realizan a partir de una evaluación exhaustiva de probabilidades y utilidades, tal y como proponen las teorías normativas, sino a través de un amplio repertorio de estrategias de razonamiento basadas en la experiencia y no en principios de racionalidad.

Se ha comprobado (Keren y Wagenaar, 1987) que existe una percepción diferente de las apuestas únicas y repetidas, conllevando en el primer caso un patrón de respuestas que produce una clara violación de la teoría de la utilidad y no siendo ésta tan evidente en el segundo caso. Por ello hay que tener en cuenta que, mientras las teorías normativas siempre incluyen consideraciones a largo plazo para hacer sus estimaciones, las personas se centran en la situación concreta (apuesta única), de manera que es realmente difícil la aplicación del concepto de valor esperado en el caso único.

Otro ejemplo de modelo normativo es la teoría de la expectativa de Kahneman y Tversky (Miyamoto, 1987), que postula que el valor subjetivo de una apuesta está determinado por diferentes reglas de combinación en función de los resultados de dicha apuesta. La teoría distingue entre juegos regulares e irregulares dependiendo de la magnitud de los resultados relacionados con un nivel de referencia neutral, de cuya comparación surge la percepción de ganancia o pérdida.

Esta distinción entre juegos regulares e irregulares produce un alejamiento mayor de la aplicación estricta del principio del valor esperado, originando una curva no lineal de utilidad y una relación no lineal entre la probabilidad objetiva y subjetiva. Sin embargo, según Wagenaar (1988), estas desviaciones se introducen con la intención de salvar el principio de racionalidad, pero creando una circularidad que pone en duda la efectividad del modelo. Se afirma que las probabilidades pequeñas se sobreestiman porque de otro modo no habría explicación de por qué la gente compra, por ejemplo, billetes de lotería; pero por otro lado, se compran billetes de lotería debido a la sobreestimación de las probabilidades pequeñas.

En cualquier caso, la teoría puede hacer frente al hecho de que se acepten juegos con un valor esperado negativo debido a la sobreestimación de las probabilidades pequeñas, pero de ninguna manera puede explicar el que la gente prolongue esa sobreestimación después de la experiencia de pérdidas sistemáticas. Para tal propósito, la teoría de la expectativa afirma que en una segunda apuesta se anulan los resultados de la primera, es decir, se descuentan todas las pérdidas previas. Sin embargo, los datos experimentales, que serán analizados más adelante, contradicen esta afirmación.

Pero se podría argüir, en un intento de defender la teoría de la expectativa, que en ocasiones permite la incorporación de los resultados previos. No obstante, la opcionalidad de la inclusión de los resultados previos convierte al modelo en un procedimiento carente de efectividad.

La conclusión a la que llega Wagenaar (1988) es que la teoría de la expectativa de Kahneman y Tversky, como los demás modelos normativos, podría explicar la conducta de un jugador durante una partida puntual, pero no la conducta del jugador regular, que prosigue jugando a pesar de las pérdidas.

6.2.2. Heurísticos y sesgos

A diferencia de las teorías normativas, los heurísticos y los sesgos, esos atajos y túneles de la mente referidos por Piattelli (1995), determinan la selección de decisiones cuyos resultados no sólo no son óptimos sino que, incluso, pueden llegar a ser absurdos.

Si la debilidad de las explicaciones normativas surgía de la dificultad de adecuarlas al funcionamiento cognitivo observado en las personas, la debilidad de las explicaciones heurísticas proviene del marco de investigación en el que están inmersas, a saber: las condiciones que evocan las diferentes estrategias no están especificadas, las explicaciones sobre la utilización de un determinado heurístico son post hoc con un carácter más de demostración que de hipótesis, además de la longitud de las listas de sesgos propuestas, en las que es difícil encontrarse comportamientos que no estén incluidos en alguno de ellos (Wagenaar, 1988).

La relación entre el estudio de los heurísticos y sesgos y la conducta de juego es bidireccional, ya que si en un principio estas estrategias de razonamiento sirvieron para explicar de una manera más adecuada la paradoja del juego; a su vez, como comenta Wagenaar (1988), la toma de decisiones en situación de juego, comparada con los tradicionales estudios en el ámbito de la vida cotidiana, tiene al menos tres ventajas:

1. La primera de ellas haría referencia al hecho de que los problemas de juego son presentados de manera natural en forma cuantitativa. Evitando así la posibilidad de que las decisiones subóptimas se deban a una inusual o incomprensible presentación del problema.
2. La segunda hace alusión al interés de los sujetos en los resultados de sus decisiones. Evitando la posibilidad de que los sujetos no estén interesados en problemas demasiado abstractos.
3. Por último, el juego permite gran número de replicaciones intrasujeto, ya que durante una partida se toman múltiples decisiones y bajo circunstancias similares.

Para la enumeración y definición de las distorsiones cognitivas que se han observado en el juego, resumidas en la Tabla 6.1., se sigue la recopilación de Wagenaar (1988) y la revisión de la misma hecha por Griffiths (1994). Es importante tener en cuenta que todos los heurísticos y sesgos que se exponen a continuación tienen la función de reducir la incertidumbre de una tarea probabilística como la del juego, infravalorando la influencia del azar. Como indica Wagenaar (1988), con estas estrategias se ha reemplazado el razonamiento aleatorio por un razonamiento epistémico, que hace creer al jugador que dispone de un conocimiento específico de la situación con el que superar la casualidad.

Ninguno de estos errores cognitivos refleja una “estrategia particularmente irracional, son tan *racionales* como cualquier otra estrategia en un juego donde las estrategias son irrelevantes” (Halpern y Devereaux, 1989, p. 170).

TABLA 6.1. Heurísticos y sesgos característicos en los juegos de azar

Heurístico/sesgo	Definición	Ejemplos
Disponibilidad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza en función de la facilidad con la que tal suceso puede ser rescatado de la memoria. En tales "juicios de tipicidad se confunde lo que es más típico con lo que es más probable" (Piatelli, 1995, p. 57).	Es esperable que, a través de la publicidad que se hace de los ganadores de lotería o del estruendo llamativo de una máquina recreativa cuando se gana, se recuerden mejor estos episodios de ganancias que los de pérdidas y por ello se juzguen como más probables.
Representatividad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza estimando su similitud con la clase a la cual se supone pertenece ese ejemplar.	Este heurístico afecta al uso de <i>sistemas</i> en el juego, como, por ejemplo, apuntar los números de una lotería aparecidos en los días precedentes (Corney y Cummings, 1985).
Insensibilidad al tamaño muestral	Una forma especial del heurístico de la representatividad es la denominada ley de los números pequeños, por la que se cree que las muestras pequeñas reflejan las características de la población de la que provienen (Tversky y Kahneman, 1971), esto es, "se cree que es estadísticamente verdadero para las series cortas lo que es tan sólo aproximadamente verdadero para las series muy largas, y rigurosamente verdadero solamente para secuencias de longitud próxima al infinito" (Piatelli, 1995, p. 59). En definitiva crea una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes.	En la creación de una secuencia aleatoria de lanzamientos imaginarios de una moneda, la aparición de caras/cruces en un segmento corto es cercana al 0.5. En las carreras de caballos se usa la estrategia de apostar a los favoritos siempre y cuando éstos hayan ganado en las carreras previas. El supuesto que subyace es el de pensar que los otros apostantes van a considerar esta situación como improbable, pues se espera que otros caballos, también favoritos, ganen; de manera que la apuesta inusual se convierte en una buena apuesta.
Falacia del jugador Tipo I	"Creencia de que el azar es un proceso auto-correctivo en el cual una desviación en cierta dirección induce a una desviación en la dirección opuesta para restaurar el equilibrio" (Tversky y Kahneman, 1982, p. 7). En definitiva, refleja la creencia de que la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario.	En el blackjack se espera que la probabilidad de ganar se incremente después de tres pérdidas sucesivas. En la ruleta los jugadores piensan que un cierto número está por salir cuando lleva mucho tiempo sin aparecer. Se dice que una máquina recreativa «está caliente» cuando lleva muchas jugadas sin dar premios.
Falacia del jugador Tipo II	Creencia de que se puede detectar un número favorable a partir de un número de observaciones reducido (Keren y Lewis, 1994)	Recuento de los números ganadores en la ruleta con el objetivo de detectar aquéllos que aparentemente tienen una mayor probabilidad de aparición.
Estructura del problema	El contexto en el que se estructura un problema determina la elección de estrategia.	El hecho de que la mayoría de los jugadores de blackjack considere este juego como un equipo deportivo determina la creencia en un esfuerzo conjunto para ganar; si éste no se produce, las oportunidades se reducen. El resultado es que los jugadores atribuyen las pérdidas a los demás: «un mal jugador puede estropear el juego de todos». El énfasis puesto en los números aparecidos en la ruleta determina que los sujetos desarrollen diferentes métodos para su propio recuento, de forma que las pérdidas las atribuyen a su falta de habilidad.
Ratificación del sesgo o sesgo confirmatorio	Búsqueda de información que sea consistente con el punto de vista de uno y menosprecio de la información opuesta.	Un jugador de ruleta realiza una gran apuesta, únicamente, al número 24 porque éste siempre va precedido del 12, que acaba de salir. La ruleta comienza a moverse y sale el número 16; ante la pregunta de qué ha ocurrido, el jugador responde que casi gana porque en la ruleta el 16 y el 24 son números adyacentes. Probablemente, resultados como el 5, el 10 o el 33 también hubieran confirmado su creencia, ya que están muy cerca del 24. El 22, 23, 25 y 26 también son confirmatorios porque tienen un valor numérico cercano al 24. Otros números como el 20, 21, 26 y 27 porque están adyacentes al 24 en el tablero. Y así sucesivamente, sin olvidar las veces que el 24 sale, si no inmediatamente, en la segunda apuesta. Otro ejemplo es el jugador de blackjack que descubre que después de la carta número 10, viene el 11 o el 12; después de un 6 un 5, después de un 2 un 8. A pesar de que se comprueba que estas reglas sólo se confirman una cuarta vez, se tiene en cuenta exclusivamente la información que corrobora la creencia.
Fijación en las frecuencias absolutas	En la valoración del éxito se tiene en cuenta la frecuencia absoluta (cuánto se gana) más que la frecuencia relativa (balance entre pérdidas y ganancias).	Una persona que se describía a sí misma como <i>suertuda</i> comentaba que siempre ganaba a la lotería, a las quinielas, etc. Analizando el dinero que había ganado en función de lo gastado, se comprobó que el gasto era superior a la ganancia; sin embargo, el jugador no había tenido en cuenta sus pérdidas, enfatizando que las veces que había ganado eran increíblemente numerosas.
Sesgo de la información concreta	La información concreta, como la basada en recuerdos vívidos o incidentes llamativos, domina a la información abstracta, como los cálculos o los datos estadísticos.	Los jugadores de blackjack perciben que usar procedimientos para contar las cartas no funciona, porque no tienen en cuenta la idiosincrasia de cada situación específica. La explicación es que los jugadores tienen problemas para comprender la naturaleza probabilística de una estrategia basada en principios estadísticos. Para ellos, una estrategia efectiva es aquella que funciona como tal en cada una de las situaciones individuales.

TABLA 6.1. Heurísticos y sesgos característicos en los juegos de azar (continuación)

Heurístico/sesgo	Definición	Ejemplos
Correlación ilusoria. Pensamiento mágico	Variables que de acuerdo con algún tipo de idea estereotipada se consideran que covarían, cuando en realidad no es así. La correlación ilusoria está en la base de muchas supersticiones en el juego, creencias que en última instancia hacen descartar las probabilidades estadísticas. Además "cuando se está convencido del valor de una correlación positiva, aún cuando ésta pueda ser objetivamente ilusoria, se consigue siempre encontrarle nuevas confirmaciones y justificar sus causas" (Piattelli, 1995, p. 124).	Un jugador de bingo explicaba que tenía un rotulador de la suerte que sólo utilizaba para marcar ciertos números, tachando el resto con otro rotulador, ya que al de la suerte se le estaba acabando la tinta. (¡A veces la suerte se acaba antes de que se gaste la tinta!) (King, 1990).
Inconsistencia del proceso	Las personas presentan, algunas veces, una incapacidad para aplicar una estrategia de juicio consistente a través de una serie de casos. Cuando dos modelos de predicción diferentes son usados como alternativa uno del otro, es posible crear la ilusión de que los resultados son predecibles sin tener en consideración los modelos. De manera que los resultados siempre se podrán interpretar como una confirmación de alguno de los modelos. Este cambio de estrategias de juicio favorece a su vez la aparición del sesgo de las explicaciones post hoc.	Cuando un jugador decide continuar o pararse a 15 puntos del As que posee el contrincante, puede tener en cuenta las cartas aparecidas con anterioridad, de manera que a cartas altas supuestamente le seguirían bajas y viceversa, o puede pensar en el orden de las cartas en la baraja. Una carta alta confirma el modelo que consideraba el orden de la baraja. Una carta baja confirma el modelo que estaba basado en consideraciones probabilísticas a largo plazo. Cambiando de un modelo a otro, salga el resultado que salga, va a facilitar la creencia de que los resultados eran predecibles.
Extrapolación no-lineal	Dificultad para estimar probabilidades juntas de eventos simples.	Cualquier jugador puede entender que la probabilidad de ganar en una apuesta en ruleta al rojo o al negro es del 50%. Sin embargo les resulta extremadamente difícil estimar la probabilidad después de 100 vueltas.
Confianza en los hábitos	La gente elige determinadas alternativas porque suele ser costumbre hacerlo así.	En la ruleta hay claros ejemplos («el cinco, el dieciséis y vecinos», «los cinco números», «los diamantes mágicos») que ponen de manifiesto como existen unos patrones de apuesta preferentes basados en la costumbre más que en el cálculo de probabilidades.
Justificabilidad	Se prefiere una regla que es justificable a otra para la cual no existe justificación evidente.	Cuando un jugador decide pararse a 16 puntos del Siete que posee el contrincante, lo hace, a pesar de que la probabilidad de perder con 16 puntos es todavía mayor, porque el cálculo de la probabilidad de perder si continúa jugando es más sencillo.
Reducción de la complejidad	Antes de la toma de decisión, los problemas complejos se reducen a problemas más sencillos.	Para un jugador de lotería, la compleja estructura de ésta se reduce a que el precio del boleto sea razonable y a que la cantidad y la calidad de los premios sean adecuadas; sin tener en cuenta la relación entre ambos, el número de boletos vendidos o lo que se hace con los no vendidos.
Ilusión de control	La actividad que atañe a un resultado incierto puede por sí misma inducir en una persona sentimientos de control sobre dichos resultados.	La ruleta, el blackjack e incluso las máquinas recreativas con premio están diseñadas de forma que los jugadores deban tomar constantemente decisiones, desarrollándose así la sensación de estar influyendo en el resultado.
Estructuras de aprendizaje sesgadas	Los resultados observados pueden producir una información incompleta acerca de otras predicciones.	A partir de un cierto resultado se pueden evaluar los efectos del juego mientras que se eluden los del no juego.
Atribución flexible	Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a influencias de otro tipo.	La aparición de un evento fortuito en un partido de fútbol es considerado como el responsable del resultado negativo.
Perder por poco	Perder por poco es un signo alentador que confirma la estrategia del jugador y aumenta la esperanza de que el premio está próximo (Reid, 1986).	Al perder por poco, el jugador pensará que su suerte está cambiando, ya que el premio está cerca. Si el billete premiado de la lotería es 865.304, aquellos que tengan el número 865.305 se sentirán frustrados e intentarán aliviar este sentimiento jugando otra vez para ver si consiguen el premio que estuvieron a punto de ganar (Kahneman y Tversky, 1982).
Diferencia entre el azar y la suerte	Azar: alude a la falta de conocimiento sobre la causa de un evento. Suerte: afecta a los resultados de forma personal.	Un jugador puede creer que se pierde más que se gana, pero en su caso ese dato estadístico no se puede aplicar ya que es su día de suerte.
Sesgo de las explicaciones post hoc o sesgo retrospectivo	Retrospectivamente, las personas no se sorprenden por lo ocurrido e incluso creen que predijeron el resultado. Este sesgo se convierte en un obstáculo para el aprendizaje, ya que cuando se cree que los resultados adversos se predijeron, también se cree que pueden ser predichos en el futuro; de manera que la presencia o no de presentimientos determinará el carácter futuro de los resultados.	Las pérdidas son percibidas como resultados erróneos, esto es, resultados que por alguna inesperada razón no se ajustan a la predicción correcta, por lo que las pérdidas no son interpretadas como una refutación de sus modelos de predicción.

6.2.3. El contexto normativo versus el contexto de los heurísticos y sesgos

Las diferencias entre ambos contextos explicativos pueden resumirse en las siguientes (Wagenaar, 1988):

1. La teoría normativa intenta explicar el juego sin cambiar esencialmente la naturaleza del mismo, aludiendo para ello a la sobreestimación de las probabilidades y a la transformación del valor monetario en utilidad; de manera que los resultados sólo pueden ser atribuidos a las casualidades del juego.
Por su parte, el contexto de los heurísticos y sesgos atribuye la aceptación de apuestas desfavorables y la prolongación del juego a pesar de las pérdidas, a un cambio del concepto del juego, en el que los resultados dependen de las decisiones de los jugadores.
2. La teoría normativa permite dar una explicación de la aceptación incidental de apuestas desfavorables pero no del juego habitual o prolongado, ni de la multitud de desviaciones sistemáticas de las estrategias que optimizan los resultados.
Los heurísticos y sesgos no sólo explican por qué se aceptan apuestas desfavorables y por qué se mantienen a pesar de las pérdidas, sino también la utilización de varias estrategias como un todo o individualmente.
3. En cuanto al tratamiento del juego patológico, mientras que la teoría normativa propone el cambio de la percepción de probabilidad y de la curva de utilidad para hacer la toma de riesgo aversiva; desde las explicaciones de los heurísticos y sesgos se intenta cambiar la conceptualización de las apuestas, clarificando las reglas estadísticas y limitando la contribución de las habilidades y de la suerte.

A pesar de que el contexto de los heurísticos y sesgos parece explicar de una manera más adecuada la conducta de juego, no está exento de críticas. En concreto, la mayor objeción que se le ha hecho es la de carecer de valor predictivo, ya que no especifica las reglas por las cuales un heurístico será aplicado en una determinada situación, ni por qué ante una misma situación los jugadores eligen heurísticos diversos (Wagenaar, 1988).

6.3. EL PAPEL DE LOS SESGOS COGNITIVOS EN EL JUEGO

“Azahar: palabra árabe con que se designan las flores blancas y fragantes de los naranjos. Los árabes -esos grandes jugadores-, imprimían flores de azahar al dorso de los naipes y de los dados, de ahí el nombre de la fortuna” (Peri Rossi, *La última noche de Dostoievski*).

Inmersos ya completamente en ese mundo ilusorio de las distorsiones cognitivas, el objetivo ahora se centraría en analizar cómo intervienen los principales sesgos en el mantenimiento de la conducta de juego. Con el fin de evitar algunas de las limitaciones, antes señaladas, en el ámbito de las explicaciones

heurísticas, en este apartado se va a hacer referencia a un número reducido, pero probablemente el más representativo, de sesgos propios de los juegos de azar. Asimismo se pretende, en la medida en que sea posible, especificar las condiciones que van a favorecer la aparición de tales sesgos para así dotarles de cierto valor predictivo.

Pero antes, por si acaso se ha sucumbido al poder de las distorsiones cognitivas, parece oportuno delimitar el concepto de juego de azar.

6.3.1. Distinción entre juego de azar y de habilidad: un paso previo

Aunque en todo juego el azar desempeña un papel fundamental, existen diferencias en el grado de responsabilidad de éste sobre el resultado (Ochoa y Labrador, 1994). Por definición, un juego de azar puro no da al jugador la oportunidad de utilizar su habilidad o influir en el resultado (Walker, 1992a). Por el contrario, un juego de habilidad es aquel en el que el resultado, aún controlado en gran medida por el azar, puede verse modificado por la puesta en práctica de determinadas habilidades; cuya aportación, sin embargo, es difícil cuantificar debido al amplio número de efectos aleatorios (Ochoa y Labrador, 1994).

Entre ambos extremos desfilan un sinfín de juegos: las diferentes loterías cuyos resultados están completamente controlados por el azar, pasando por el bingo, la ruleta, las máquinas recreativas, las quinielas hasta los juegos de cartas, en los que la habilidad del jugador puede influir en el resultado. A su vez en el ámbito de las máquinas recreativas se encuentran aquellas que se rigen exclusivamente por el azar (caracterizadas por la inserción de una moneda, la acción del mecanismo de azar y el premio dependiendo del resultado) y aquellas otras en las que el jugador tiene la posibilidad de interactuar con la máquina para intentar influir en el resultado (Walker, 1992a).

Esta distinción permite poner de manifiesto, por un lado, que el acercamiento al juego debe ser siempre probabilístico, intervenga o no la habilidad del jugador; y por otro, que los sesgos en el procesamiento de la información relacionada con los resultados serán más desadaptativos en aquellos juegos controlados prácticamente en su totalidad por el azar. Un jugador de cartas y otro de máquinas recreativas pueden estar utilizando el heurístico de la representatividad a lo largo de la partida. El hecho de tener un recuento de las cartas conocidas o del tipo de frutas que han salido en una máquina recreativa no va a cambiar el resultado de las partidas, pero mientras que en el primer caso ese recuento puede ser de utilidad a la hora de apostar, es completamente inútil en el segundo caso.

De cualquier manera, como indica Walker (1992a), en cada tipo de juego los jugadores van a elegir estrategias inferiores en efectividad, creyendo al mismo tiempo que tal juego implica aspectos de habilidad en mayor cuantía de lo que realmente lo hace. Es decir, que mientras el papel que juegan las habilidades es sobreestimado, las habilidades realmente utilizadas son menos efectivas de lo que se cree. Los fallos como consecuencia de estas estrategias imperfectas, no van a servir, sin embargo, de feedback para cambiarlas o mejorarlas.

Por último, comentar que los jugadores habituales preferirán aquellos juegos en los que, por un lado, no predomine la habilidad, ya que dichos jugadores necesitan algo más que la ventaja significativa que supone el poseer ciertas habilidades; y por otro, que no sean completamente de azar, ya que al no ofrecer ningún tipo de ventaja resultan carentes de atractivo. En palabras de Walker (1992a, p.16) "los jugadores frecuentes se verán atraídos por juegos que contengan una mezcla apropiada de azar y habilidad".

6.3.2. Habilidad, azar y suerte

Keren y Wagenaar, en un trabajo de 1985, llevaron a cabo un experimento cuyo objetivo era analizar los pensamientos de los jugadores de blackjack. Para ello utilizaron cuatro cuestionarios diferentes, administrados a 149 sujetos. Los resultados pusieron de manifiesto que la mayoría de los jugadores compartían una noción básica: el concepto de suerte. De hecho, cuando se les preguntaba qué porcentaje del juego atribuían a la suerte, la media arrojaba una cifra del 68.2%. Dato que se veía disminuido cuando se les pedía que establecieran los porcentajes (cuya suma debía ser igual al 100%) atribuidos al azar, a la habilidad y a la suerte; siendo éstos 18%, 37% y 45% respectivamente. Se observa que al determinar los factores que intervienen en el juego, los jugadores aluden no sólo al azar y a la habilidad sino también, y de manera relevante, a un tercer factor que es la suerte. El azar y la suerte son conceptos causales diferentes que determinan los resultados a su manera, y en este contexto la suerte parece ser más importante que el azar (Wagenaar, 1988).

Cabría preguntarse si esta distinción entre el papel del azar y de la suerte se establece también en la explicación causal de los eventos cotidianos o, por el contrario, se restringe a la situación de juego. Para ello, Wagenaar (1988) desarrolló varios experimentos en los cuales se pedía a los sujetos que describieran un suceso de su vida que fuera un buen ejemplo de azar o suerte, historias que luego eran evaluadas por otros sujetos para establecer en qué medida se podían distinguir ambos. En otro tipo de experimento las historias describían un evento novedoso, en el que aparecía una sorpresa y su consecuencia; de manera que los sujetos debían indicar qué historias se relacionaban con el azar y cuáles con la suerte. Los resultados confirman que en la mente de la gente existen diferencias entre azar y suerte, relacionadas con diferentes aspectos de los eventos; mientras que la sorpresa va asociada en mayor medida al azar, las consecuencias se relacionan más con la suerte.

En la mente del jugador, esta distinción hace que sea simultáneamente consciente de las reglas estadísticas que controlan el juego y crédulo con su suerte personal. Un jugador de ruleta no espera poder cambiar los resultados a su favor, pero espera que la suerte le ayude a realizar la apuesta correcta. La suerte no influye en la rueda de la ruleta (el azar es el mismo para todos los jugadores), pero sí en la elección de apuesta.

El establecimiento de la habilidad y la suerte como principales factores que intervienen en el juego (Keren y Wagenaar, 1985), demuestra la existencia de dos componentes en los pensamientos irracionales referidos al juego (Walker, 1992a):

- A. El primero de ellos hace referencia a las creencias y razonamientos asociados resultado de la sobrevaloración de las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el jugador. Este componente recibe el nombre de **confianza en la suerte**.
- B. El segundo, por su parte, alude a las creencias y razonamientos asociados que determinan que las personas recurran a sus habilidades o destrezas o que, incluso, desarrollen otras para vencer al azar (Ladouceur, 1993a); sobrevalorando, por tanto, el control sobre los resultados. A este componente se le denomina **ilusión de control**.

En definitiva, ambos sobrevalorarían las posibilidades objetivas de ganar (Ladouceur, 1993a). Pero mientras que la confianza en la suerte aparece en cualquier tipo de juego, la ilusión de control se ve fomentada en unos más que en otros.

6.3.3. Causas de los resultados: ¿azar, suerte o habilidad?

Comenta Wagenaar (1988), que pocas ideas están tan grabadas en nuestra mente como la noción de que los sucesos tienen sus propias causas. De manera que, ante la ausencia de una causa conocida, los eventos se atribuyen a causas abstractas, como la suerte o el azar. El lanzamiento de un dado, las vueltas de una ruleta o el barajar unas cartas, son hechos relacionados con el azar; no porque carezcan de causas físicas sino porque el conocimiento acerca de éstos es insuficiente para predecir los resultados. El azar y la suerte no son causas en sí mismas, sólo expresan la ausencia de conocimiento relevante para la predicción, sin embargo, ambos parecen actuar como causas reales en la mente de la personas.

Un ejemplo, que sirve para ilustrar las consecuencias directas de entender el azar como causa, es la conocida falacia del jugador; que supone la creencia de que es más probable que salga «cruz» después de sucesivas «caras». La demostración experimental de este principio la ofrece Wagenaar (1970, citado en Wagenaar, 1988), quien establece dieciséis secuencias diferentes de 50 puntos blancos y 50 negros para cada una de las probabilidades de repetición (0.2, 0.3, 0.4, 0.5, 0.6, 0.7 y 0.8). De cada dieciséis secuencias los sujetos ven siete, una de cada nivel y su tarea consiste en indicar cuál es la que consideran que representa un lanzamiento real de una moneda. El 86% de los sujetos prefería una probabilidad de repetición baja.

Del mismo modo, estudios empíricos demuestran que los sujetos son incapaces de generar, por ejemplo, números al azar; es decir, son incapaces de producir secuencias aleatorias (Wagenaar, 1970; citado en Ladouceur, 1993a).

Un ejemplo con mayor validez ecológica puede ser el experimento de Halpern y Devereaux (1989), en el que exploran las estrategias de apuesta que emplean los jugadores del *Pennsylvania Daily Number*. Un juego diario de lotería en el que los jugadores deben escoger en cada boleto tres números que van del 000 al 999 y cuyas ganancias dependerán del número de acertantes. Los resultados demuestran claramente que los apostantes no elegían números que pudieran complicar el proceso aleatorio del juego, de manera que tendían a evitar los números extremos de la escala, los números elevados de cada decena, números con dígitos dobles y aquellos que previamente habían ganado. Por el contrario, elegían números que incluían triples dígitos, fechas representativas, tríos que contenían 1, 4 y 7 ó 1, 2 y 7 o series en ascenso.

En definitiva, "no estamos acostumbrados, como seres inteligentes que somos, a considerar el azar como una explicación justa y plausible de un acontecimiento. Invocamos habitualmente al azar cuando tocamos las fronteras de nuestro conocimiento o cuando abordamos un fenómeno completamente inhabitual" (Ladouceur, 1993a, p. 364). En cualquier caso, se considera una causa en sí misma, provocando el sesgo de juzgar los acontecimientos como relacionados, cuando en realidad son independientes.

Pero en mayor medida se apela a otros factores como la suerte y/o la habilidad para dar cuenta de los resultados (Keren y Wagenaar, 1985). Cuando se produce una secuencia de ganancias o pérdidas durante el juego, uno advierte la inesperada alta frecuencia de tales resultados y para explicar este desenlace, contrario a la idea que se tiene del azar, se apela a la suerte. Buena suerte, si se producen largas secuencias

de ganancias, o mala, si son sucesiones de pérdidas (Wagenaar, 1988). En estas circunstancias, es posible que se produzca la asociación entre buena/mala suerte y factores externos, como un número, un día, una mesa, una máquina, etc., favoreciendo una correlación ilusoria entre ellos.

¿Cómo es posible que una persona mantenga la fe en un número especial o en su suerte a pesar de las constantes pérdidas? Walker (1992a) propone el término de *pérdidas cercanas* para intentar explicar este hecho. Objetivamente todas las pérdidas son iguales y ninguna está más cerca que las otras del premio, sin embargo, las pérdidas cercanas, o lo que es lo mismo las *casi ganancias*, favorecen la idea de que existe una oportunidad real y significativa de ganar en el futuro.

Scarme (1975, citado en Walker, 1992a) ejemplifica cómo esta ratificación del sesgo de que van a ganar en el futuro, se observa en jugadores de máquinas recreativas, que no sólo van a mirar la secuencia de símbolos que ha salido sin éxito sino también la anterior y la posterior.

Relacionado con el orden de las secuencias en las máquinas recreativas, Strickland y Grote (1967) realizan un experimento en el que varían el porcentaje de símbolos ganadores en cada uno de los tres rodillos² de la máquina, de manera que hay cuatro grupos con los siguientes porcentajes:

GRUPO	Rodillo 1	Rodillo 2	Rodillo 3
I	70.5	51.1	30.9
II	69.6	50.3	29.6
III	32.0	48.5	71.6
IV	30.5	49.6	68.1

Los resultados indican que en aquellos grupos (I y II) en los que el porcentaje de símbolos ganadores, en la primera rueda que se detiene, es mayor; los sujetos persisten más tiempo jugando, ya que estos símbolos favorecen la creencia de que el éxito es inminente.

Pero el jugador asume también un papel activo, recurriendo a su destreza para explicar los resultados. Ladouceur y Mayrand (1987) desarrollan un experimento para mostrar la existencia de este papel activo. En una sesión de ruleta establecen dos grupos, uno en el que el propio jugador lanza la bola y otro en el que la misma tarea es realizada por un croupier. Aunque este hecho no modifica el desenlace del juego, los resultados demuestran que los sujetos que lanzan ellos mismos la bola hacen unas apuestas más altas y sobrevaloran más las posibilidades de ganar que los jugadores del segundo grupo.

Estos autores (Ladouceur et al., 1987) realizan otro experimento en el que a jugadores de loterías pasivas (el número figura ya en el billete) y pseudoactivas (el jugador compone su propio número) se les ofrece la posibilidad de intercambiar su boleto por otro comprado por el experimentador; en caso de rechazar esta opción se les ofrecían tres, cinco y hasta diez boletos a cambio del suyo. Los resultados demuestran, una vez más, que los jugadores que introducen algún tipo de habilidad en el juego (en este caso elegir una combinación de números) consideran que tienen más probabilidades de ganar; y por ello, en el citado experimento, los sujetos del grupo de loterías pseudoactivas elegían significativamente más boletos que los del otro grupo para completar el cambio.

² Término utilizado para hacer referencia a las cintas (generalmente tres) que llevan grabadas las figuras cuya disposición horizontal formará la línea ganadora, atendiendo al plan de ganancias de la máquina.

Esta introducción de aspectos de habilidad en una situación basada en el azar recibe el nombre de ilusión de control. Definida por Langer (1975, p. 313) como "una confianza en la probabilidad de éxito personal inapropiadamente más alta que lo que puede garantizar la probabilidad objetiva".

Ilusión de control: factores que favorecen su aparición

Se ha demostrado cómo las personas, a menudo, fallan en responder de manera diferencial a los sucesos controlables e incontrolables. En este epígrafe se van a analizar los factores que gobiernan la conducta de control ilusorio, y para ello se va a seguir la exposición de Langer (1975).

Esta autora propone que una manera de identificar estos factores es extrapolar las características de las situaciones en las que interviene la habilidad. En tales situaciones hay una característica común que es la competencia, empleándose además conductas externas e internas diseñadas para maximizar la probabilidad de éxito: la elección de materiales y respuestas apropiadas a la situación, familiarizarse con esos materiales y respuestas, dedicar cierto tiempo a pensar sobre la tarea y las posibles estrategias que deben emplearse, y esforzarse mientras se realiza la tarea para incrementar la probabilidad de éxito.

El estudio de Langer (1975) pretende evaluar la efectividad de dichos factores a la hora de ocasionar ilusión de control. La idea que subyace es que fomentando o permitiendo en una situación de azar el empleo de conductas relacionadas con situaciones de habilidad, se incrementa la probabilidad de inducir ilusión de control.

A continuación se muestran diversos experimentos (Langer, 1975) que intentan analizar esta idea, para lo cual se introducen los factores mencionados en una situación de azar.

Competencia

En este estudio los sujetos son sometidos, en una situación de partida de cartas simulada, a dos condiciones experimentales. En una de ellas, el contrincante es un hombre atractivo y seguro, que viste un abrigo deportivo de su talla; en la otra condición, por el contrario, es un hombre tímido, torpe y con un tic nervioso, vestido con el mismo abrigo deportivo pero de una talla pequeña.

Las apuestas realizadas son significativamente mayores en la condición en la que el rival aparecía como una persona torpe. Estos hallazgos reflejan como la competencia induce a la ilusión de control, apostando en función de la probabilidad de ganar; de modo que cuanto menos competente sea el oponente es más probable que uno gane y por tanto, las apuestas son más elevadas.

Elección

En este experimento los sujetos compraban un boleto de lotería que costaba un dólar. Todos los sujetos pasaban sucesivamente por dos condiciones experimentales, una en la que podían elegir el ticket y otra en la que el experimentador les entregaba el boleto sin la opción de elegir.

Posteriormente se les instaba a vender su boleto, demostrando los resultados que la elección tiene un efecto considerable en la revalorización del mismo, ya que el valor medio de un boleto en la condición en la que lo elegía el propio sujeto se elevaba a 8.67 dólares, siendo sólo de 1.96 dólares en la condición de no elección.

Permitir a los sujetos que hagan elecciones favorece la ilusión de control sobre los resultados.

Familiaridad con los estímulos y las respuestas

Para evaluar la efectividad, a la hora de inducir ilusión de control, del factor familiaridad con los estímulos; Langer (1975) realiza un estudio en el que hay dos tipos de boletos de lotería, unos resultan, por sus características físicas, familiares a los sujetos y otros, por el contrario, desconocidos y novedosos.

En este caso, el experimentador les insta a cambiar su billete de lotería por otro cuya probabilidad de ser premiado es mayor. Una vez más los datos confirman la hipótesis que sustenta que la familiaridad favorece la ilusión de control y por ello los sujetos que poseían un boleto familiar, a diferencia de aquellos otros cuyos boletos eran novedosos, no encontraban ninguna razón para cambiarlo por otro.

El experimento diseñado para evaluar la familiaridad de las respuestas consistía en un aparato para jugar al ajedrez con el que los sujetos tenían o no la posibilidad de practicar. Después de realizar un número de jugadas determinadas, se les pedía que valorasen su actuación en comparación con la de un campeón de ajedrez. Su valoración era significativamente más alta en la condición en la que habían tenido la oportunidad de practicar con el aparato.

Implicación pasiva (tiempo dedicado a pensar en las tareas y en las estrategias)

La hipótesis mantiene que la confianza en ganar aumenta con el tiempo. Para verificarla, se realiza un experimento en el que a la mitad de los participantes en una lotería se le indica que los tres números del boleto premiado irán saliendo en tres días consecutivos, mientras que a la otra mitad se le da la solución en un sólo día. De nuevo, para evaluar la ilusión de control se les ofrece la oportunidad de cambiar sus boletos por otros con una probabilidad mayor de salir premiados. Se incluían además preguntas para evaluar la confianza que tenían en que sus boletos fueran premiados.

Los resultados demuestran que los sujetos que se involucraban más (condición en la que los números se dan en tres días consecutivos) eran menos propensos a aceptar el cambio de boleto, existiendo también una diferencia significativa en la confianza que mostraban en que sus números de lotería iban a ser premiados.

Exposición al juego

Otros autores (Ladouceur et al., 1986) han verificado cómo, en todos los juegos y en todas las categorías de jugadores, la exposición o el contacto con esta actividad incita al jugador a asumir un riesgo monetario creciente, debido al desarrollo de la ilusión de control.

Para determinar, por un lado, la evolución de las apuestas a lo largo de varias sesiones de juego y por otro, el nivel de partida de las apuestas en comparación con las de la sesión anterior; los autores sometieron a jugadores principiantes y habituales a tres sesiones de ruleta en las que cada día se registraba la suma de dinero o de fichas apostadas.

Los resultados muestran una toma de riesgo monetario que aumenta a medida que los sujetos participaban en el juego. Los jugadores, tanto principiantes como habituales, no volvían nunca a la apuesta inicial de la sesión precedente; y lo que es más interesante, en la última sesión de juego ya no se podía distinguir la curva de riesgo monetario de ambos tipos de jugadores.

Se podría argumentar que, quizá, estos sujetos tenían una percepción errónea del juego previa a su exposición, podría ser que ya creyesen en métodos para influir en el desenlace del juego, es decir, que la percepción de ilusión de control fuera anterior y no posterior a la exposición.

Para analizar este punto, Gaboury y Ladouceur (1989) realizan un experimento en el que dos tipos de jugadores participan en una sesión de ruleta, a saber, aquellos que consideran que dicho juego está determinado por el azar y los que creen que la utilización de estrategias incrementa las posibilidades de ganar. Sus verbalizaciones durante la sesión de juego se registraban a través del método de pensar en voz alta; los resultados arrojan un 75% de verbalizaciones irracionales en ambos grupos, independientemente de su percepción inicial.

Esto indica que la exposición a juegos de azar suscita "una percepción errónea incluso en las personas que, al principio, creían que el desenlace del juego está enteramente determinado por el azar" (Ladouceur, 1993a, p. 367).

Secuencia de los resultados

Langer y Roth (1975) consideran que un patrón de resultados consistente es otra de las características de una situación de habilidad. Argumentan que si alguien posee la habilidad necesaria, está motivado para realizar bien la tarea y ésta es controlable, la persona tendrá éxito de forma consistente; si, por otro lado, no se posee la habilidad necesaria pero el resultado es controlable, se fallará consistentemente. Por el contrario, la actuación en una tarea de azar proporciona un patrón variable de éxitos y fracasos.

Las citadas autoras elaboraron un experimento basado en la predicción del resultado de treinta lanzamientos de moneda, ofreciendo a los sujetos un feedback con tres secuencias de resultados diferentes: descendente (los éxitos se daban al principio de la secuencia y a medida que transcurrían los lanzamientos iban aumentando los fracasos), ascendente (los fracasos se daban al principio y los éxitos al final) y aleatoria (los éxitos y los fracasos se daban al azar).

Los sujetos en la condición descendente desarrollaban una mayor percepción de control, percibiéndose significativamente mejores en la ejecución de la tarea, recordando más éxitos durante la misma y prediciendo éxitos mayores en tareas futuras. Por su lado, los sujetos de las condiciones ascendente y aleatoria desarrollaban respuestas más acorde con las probabilidades objetivas.

Por lo tanto, una secuencia de resultados que incluya éxitos al principio determinará una atribución de control que, una vez hecha, conseguirá que a los resultados inconsistentes con la misma no se les conceda demasiada importancia.

Se puede concluir que "la contingencia objetiva no parece ser la variable crucial que gobierne la conducta de los sujetos. De hecho, el que se reaccione ante un evento como si éste fuera controlable depende de factores como la competitividad, la elección, la familiaridad y la implicación" (Langer, 1975, p.323).

Como se ha indicado anteriormente, las personas necesitan controlar el medio, necesitan especificar una causa para cada evento, necesitan vencer la casualidad, y por ello en situaciones controladas por el azar se comportan como en aquellas en las que funcionan las habilidades. Amparado, además, por la dificultad que entraña discriminar entre ambas condiciones, ya que en toda situación de habilidad hay elementos de azar y elementos de habilidad en casi toda situación de azar. A todo ello hay que añadirle el hecho de que

los resultados positivos son a menudo atribuidos a la acción que les precede, reforzando así la percepción de ilusión de control.

Evaluación sesgada de los resultados

Se sabe que las cantidades de dinero invertidas y perdidas por los jugadores son astronómicas y que, por ende, sólo una pequeña parte de estas pérdidas puede atribuirse a los jugadores principiantes o novatos. Por el contrario, dicho capital lo pierden jugadores que han apostado en el pasado y, generalmente, han perdido. ¿Por qué la gente persiste en una empresa que sólo produce pérdidas?

Se ha analizado cómo debido a la ilusión de control los jugadores tienen, o adquieren, la creencia de que ganarán, ya que consideran que pueden ejercer control sobre la tarea; y ¿por qué esta convicción persiste a pesar de la evidencia contraria? "La fe inicial de los jugadores en su habilidad para ganar sobrevive al desafío que suponen las frecuentes pérdidas debido a que los jugadores tienden a evaluar los resultados de manera sesgada" (Gilovich, 1983, p.1111). En concreto, funcionan con la llamada atribución flexible.

La atribución flexible es la tendencia a imputar los éxitos a factores internos, como la habilidad o el esfuerzo; mientras que los fallos se atribuyen a factores externos a la persona, tales como obstáculos o mala suerte (Walker, 1992a). Dado que los éxitos tienden a incrementar las expectativas de uno más de lo que los fracasos las disminuyen, con el paso del tiempo el jugador se mantiene más confiado de lo que la probabilidad objetiva o el patrón de resultados pasados podrían justificar (Gilovich, 1983).

El papel de esta evaluación sesgada en el área del juego ha sido demostrado experimentalmente por Gilovich (1983), en este caso, con apuestas deportivas.

En un primer experimento se pretende evaluar el tiempo dedicado a explicar las pérdidas y las ganancias, y para ello se realizan tres sesiones: (1) en la primera los sujetos hacen una serie de apuestas en fútbol americano; (2) en la segunda, una semana después, los sujetos saldan cuentas con el experimentador y se graban sus explicaciones sobre las pérdidas o ganancias; y (3) en la tercera, tres semanas después, se les pregunta qué es lo que recuerdan de sus apuestas realizadas en la primera sesión.

En este experimento se comprobó, por un lado, que los sujetos pasaban más tiempo reexaminando y discutiendo las pérdidas que las ganancias, por lo que las primeras eran más recordadas; y por otro, que el tipo de comentarios realizados en uno y otro caso eran completamente diferentes: los sujetos tendían a descomponer la explicación de las pérdidas y a mantener entera la de los éxitos.

En un segundo experimento el autor intenta determinar cómo los perdedores tienden a explicar sus fracasos haciendo énfasis en los aspectos casuales del juego, mientras que los ganadores tienden a minimizar estos aspectos. Para poner a prueba esta hipótesis se utilizó un partido de baloncesto en el que el resultado final vino dado por el tiro fallido de un jugador.

A través de un contacto telefónico, a los sujetos se les preguntaba por qué equipo habían apostado, qué cantidad y qué predicción harían si se disputase otro partido entre ambos equipos. Los sujetos pertenecientes al equipo perdedor daban mayor importancia al hecho casual que los del equipo ganador.

Los éxitos se toman como evidencia de la efectividad de la habilidad, mientras que los fracasos se deben más a factores casuales, azarosos (Walker, 1992a). De este modo, los sujetos perdedores restauran la fe en su equipo y los pertenecientes al ganador no disminuyen la suya.

"Las implicaciones de estos resultados son claras. Esta tendencia a aceptar las ganancias a simple vista pero transformar las pérdidas en *casi éxitos* puede producir una evaluación excesivamente optimista de las propias habilidades y de las oportunidades de éxito futuras. Debido a estas expectativas infladas, los jugadores continuarán enganchados en actividades de juego que sólo producen pérdidas... Las personas realizan esfuerzos con la expectativa de éxito y con un conjunto de estrategias diseñadas para conseguir ese éxito. Después de engancharse en una conducta dictada por estas estrategias, se recibe feedback de su efectividad. Por tanto, evaluando dicho feedback de manera sesgada, la gente fallaría en reconocer cuándo tales estrategias son ineficaces y, por ende, persistiría en conductas carentes de recompensa" (Gilovich, 1983, pp. 1123-1124).

Las decisiones del jugador: un continuo enmarañamiento

El fenómeno del enmarañamiento ha sido definido por Brockner y Rubin (1985, citado en Walker, 1992a) como el proceso de toma de decisión por el que los individuos se encierran escalonadamente en una estrategia de decisión que, de hecho, ya ha fallado. Esto es, la decisión de acabar con las pérdidas entrapa a su víctima más y más.

Estos autores elaboraron el siguiente experimento para demostrar dicho proceso. A los sujetos se les situaba enfrente de un contador electrónico y se les indicaba que dicho contador aumentaría una unidad por segundo. Un ordenador iba generando aleatoriamente números ganadores, de manera que cuando tales números aparecían en el contador sonaba un zumbido, indicando que ese sujeto había ganado dos dólares si jugaba en el 400 o tres si lo hacía en el 500. En el juego 500 el sujeto recibía cinco dólares por participar, y en el 400 cuatro dólares; de los cuales debían pagar un centavo por la compra de cada unidad que salía en el contador. Los sujetos eran informados de la posibilidad de plantarse en cualquier momento, pudiendo ganar el premio y/o quedarse con parte del dinero inicial para apostar. Para aumentar la credibilidad en la existencia de un número ganador, cuando en realidad tal número no existía, éste aparecía en una sesión de práctica.

Teniendo en cuenta las reglas del juego, parece que la decisión más racional o acertada es la de coger el dinero y no jugar; aspecto, por otro lado, similar a cualquier juego de azar; sin embargo, la mayoría de los sujetos decidió jugar, sólo un 14% eligió no jugar. Además, a pesar de que lo más acertado a medida que pasaba el tiempo era parar, el 12% jugó hasta perder todo el dinero.

Si un juego que produce un premio ínfimo engancha de esta manera ¿qué ocurre en aquellos juegos cuyos incentivos son mucho mayores?

Parece un buen ejemplo una versión de la lotería llamada *Lotto* en los países anglosajones (Walker, 1992a), y que se correspondería con la Bonoloto española. En este juego el jugador debe elegir seis números entre cuarenta y cuatro. Como ya se ha comentado anteriormente, la selección de números no se hace al azar sino que está guiada por aquellos que para el jugador tienen una significación especial (ej: fecha de nacimiento, un número de teléfono,...) o son números de la suerte. De modo que el jugador elige esos números que son los favoritos para ganar, semana tras semana compra un boleto en el que rodea dichos números, en poco tiempo el jugador se ve inmerso en este enmarañamiento, pues ¿cómo podría sentirse si por no rellenar una semana el boleto saliesen premiados sus números de la suerte?

"Este enmarañamiento provoca en el jugador la creencia de que si persiste ganará. Todo lo que se necesita es persistencia. Pero la persistencia produce pérdidas que incrementan la necesidad de mantenerse en el juego hasta que sean recuperadas. Cuanto mayor sean las pérdidas mayor es el enmarañamiento" (Walker, 1992a, pp. 146-147).

Para concluir, se retoma la idea expresada por Ladouceur et al. (1996): en todas las áreas de nuestra vida aprendemos de la experiencia pasada, pero ¡las situaciones en las que los eventos están basados en el azar, como el juego, son las únicas en las cuales los individuos deberían ignorar la experiencia pasada!

Para completar este capítulo, el Anexo C resume los estudios más relevantes sobre distorsiones cognitivas en el ámbito de juego.

6.4. CONCLUSIONES SOBRE LOS FACTORES EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO

Después de esta dilatada travesía a través de aquellos elementos factibles de explicar la conducta de juego, especialmente la de un juego problemático, parece imprescindible tomar un atajo de regreso como punto de partida de la siguiente, y no menos farragosa, senda a emprender. Por ello, de cara a desarrollar una teoría explicativa del juego patológico parece necesario tener en cuenta los siguientes hechos (Becona, 1995; Walker, 1992a):

1. *La exposición al juego.* La disponibilidad del juego es a priori un prerrequisito para que tenga lugar la conducta de juego, y la oportunidad de jugar va a depender claramente de la cultura en la que viva el individuo, afectando de tres modos:
 - (a) La difusión con la que, históricamente, diferentes juegos están disponibles en esa cultura.
 - (b) Las actitudes y costumbres culturales, que fomentan o disuaden la implicación en esas formas de juego disponibles.
 - (c) Las leyes y regulaciones culturales, que determinan los tipos de juego cuya práctica está penalizada.
2. *Los grupos de referencia.* Las actitudes hacia el juego de los grupos de referencia pueden desempeñar un papel importante en la disposición de una persona a jugar, ya que muchos factores culturales y subculturales van a influir en el individuo a través de sus grupos de referencia. Puede inferirse, entonces, que aquellos grupos con los que una persona se identifica actúan como incentivo o inhibidor del juego, contribuyendo a la ecuación del juego a través del aprendizaje vicario, proceso destacado que proporciona la capacidad de jugar y fomenta la participación en esta actividad.
3. *Consecuencias percibidas del juego.* Una vez que se han comenzado a emitir conductas de juego, éstas se mantendrán o no en función de las consecuencias percibidas (reforzamiento positivo y negativo).

4. *Activación psicofisiológica*. Este factor, descrito como la causa central del juego por un amplio elenco de autores, es referido bajo la suposición de que algunos individuos necesitan incrementar su nivel de arousal, cuyo déficit puede estar biológicamente determinado o situacionalmente inducido.
Más evidente que esta hipótesis resulta el hecho de que un aumento de la activación psicofisiológica se experimenta como excitación gratificante, conformando, entonces, junto a los premios monetarios, parte del reforzamiento positivo.
5. *Cogniciones*. Este agente hace referencia a las creencias que el jugador mantiene sobre el juego: creencias acerca de la naturaleza del juego, sobre las estrategias para jugar y la interpretación de los resultados. En contra de lo que haría suponer unos pensamientos precisos y ajustados a la realidad, el jugador espera ganar dinero con el juego.
6. *Crisis y estrés*. El juego va a proporcionar una vía de escape a una situación de estrés, con la misma efectividad que cualquier otra actividad absorbente. Por tanto, tales crisis o estados de estrés tienen la capacidad de intensificar un juego preexistente, que en ese caso cumpliría varias funciones, entre ellas, desviar al individuo de dicha fuente de estrés, centrar la atención fuera de esa situación y proporcionar una forma de evitar la responsabilidad social. La contribución de este factor se centraría, pues, en ahondar en el grado de implicación de esta actividad y por lo mismo, posiblemente, en el desarrollo de un juego problemático.
7. La exposición y consiguientes consecuencias del juego, las creencias irracionales y los acontecimientos vitales negativos pueden conducir a la persona a un tipo de juego problemático o excesivo, que puede ser transitorio o hacerse más intenso y crónico y desembocar en el juego patológico.
8. La falta de habilidades adecuadas para hacer frente a la conducta de juego e impedir su mantenimiento y desarrollo, en especial si existe una cierta disponibilidad económica (propia u obtenida por medios legales o ilegales), facilitará su cronificación, cuya evolución transcurrirá por las cuatro fases ya conocidas de ganancia, pérdida, desesperación y desesperanza.

De cara a establecer un modelo teórico explicativo del juego patológico, parece obligado tener en cuenta todos estos aspectos que de alguna manera están relacionados con la conducta de juego. Sin duda, un modelo que integre este conjunto de factores es algo deseable, pero sin perder de vista que la potencia de las relaciones causales y la modificabilidad de tales variables es desigual. Difieren temporalmente, pues algunas cobran especial relevancia en el origen de la conducta, tales como la exposición al juego o los grupos de referencia; mientras que otras intervendrían fundamentalmente en el mantenimiento y cronificación de la conducta de juego, como son los procesos de reforzamiento (con dos tipos de refuerzo: la ganancia monetaria y la activación psicofisiológica) y las distorsiones cognitivas. Difieren en la viabilidad de unos cambios potenciales que no siempre resultan factibles, de manera que una legislación más *sensata* que no fomente un abuso del juego es virtualmente posible pero poco probable y, en cualquier caso, excede a las competencias del psicólogo. Difieren, asimismo, en la potencia de unas relaciones

causales, donde ciertas variables parecen que están más directamente relacionadas con el juego; cabe suponer que la trayectoria que une la activación psicofisiológica o las distorsiones cognitivas, como variables causales, y la conducta de juego sea más robusta y menos susceptible de debilitarse en función del tiempo o de la situación, que la establecida con otras variables, como los estados de estrés cuya influencia es de carácter puntual.

Al ser variables causales contemporáneas (es decir, que funcionan en el mantenimiento de la conducta problema), susceptibles de actuar sobre ellas y cuya relación con el problema de juego parece demostrada, la activación psicofisiológica y las distorsiones cognitivas se erigen como claras candidatas a ocupar un puesto de honor en cualquier modelo explicativo del juego patológico y, en consecuencia, en un objetivo primordial de tratamiento. Esto no significa que otros factores, como las situaciones de crisis o estrés que puedan estar intensificando este problema o la falta de habilidades adecuadas para hacer frente al juego, no deban ser objeto de tratamiento. Del mismo modo, no se pretende menospreciar otros factores de mayor relevancia en los primeros momentos de aparición de la conducta de juego, ya que no se podrán descuidar en intervenciones de corte preventivo.

7

MODELOS EXPLICATIVOS

“Una ilusión es en el mundo de las percepciones lo mismo que un sofisma en el mundo de los razonamientos: algo que no es cierto, pero que precisamente tiene todo el aspecto de serlo” (Piatelli Palmarini, Los túneles de la mente)

Históricamente, la percepción del juego, en general, y la del juego excesivo, en particular, ha ido variando. En un primer momento, las actitudes hacia el juego estuvieron determinadas por el mantenimiento del orden público, así que el influjo que un juego excesivo podía tener en la sociedad le confirió el papel de condenado desde posiciones sociales, económicas y religiosas; considerando al jugador compulsivo como una persona moralmente deficiente o carente de voluntad (Blaszczynski y McConaghy, 1989b; Robert y Botella, 1995).

Afortunadamente, a partir de las incipientes explicaciones psicoanalíticas (Von Hattingberg, 1914; Simmel, 1920; Freud, 1928; citados en Rosenthal, 1987), el juego excesivo comienza a concebirse como una enfermedad. El modelo moral es sustituido por un modelo médico, que implica la existencia de una enfermedad con suficientes rasgos característicos que permite identificar a los jugadores patológicos como una categoría diferente de los jugadores no patológicos. Pero de acuerdo con esta perspectiva, la deficiencia se sigue localizando en el individuo y a la carencia moral le suple una predisposición constitucional al juego y a su pérdida de control (Blaszczynski y McConaghy, 1989b; Walker, 1992a). De manera que el término pecado es sustituido por el de enfermedad y el de absolución por tratamiento, pero si bien el concepto de enfermedad resulta útil para eliminar la carga de culpa inherente al modelo moral, también es cierto que exonera al individuo de la responsabilidad sobre sus actos (Blume, 1987).

Además, desafortunadamente una concepción de este tipo pasa por alto diversas objeciones, resumidas por Lesieur (1976) en las siguientes:

1. Categorizar a los individuos en compartimentos discretos distorsiona la realidad y favorece la ratificación del concepto de «enfermedad».
2. El modelo médico implica tal determinismo que socava la autoestima y el autocontrol.

3. Los factores biológicos y psicológicos destacan sobre los socioambientales.
4. El modelo médico no es moralmente neutro.

Digna de mención es la conceptualización del problema de juego como una adicción, que amparada en la distinción entre adicciones químicas y psicológicas, caracteriza al juego patológico por la falta de control y la dependencia; componentes, ambos, fundamentales de las conductas generadas por sustancias químicas (Echeburúa y Corral, 1994). Los partidarios de esta opción encuentran en los criterios del DSM-III-R y DSM-IV (ver Tablas 7.1. y 7.2.), la justificación de la similitud entre el juego patológico y las características esenciales de la dependencia de sustancias psicoactivas, ya que subrayan los síntomas fisiológicos de la abstinencia y la tolerancia. Definiendo una adicción por la presencia de estos cuatro componentes: deseo, tolerancia, síndrome de abstinencia y falta de control; algunos autores han observado ciertos niveles de *adicción* en el juego (Rozin y Stoess, 1993). El deseo parece ser experimentado por el 91% de los jugadores (Rosenthal y Lesieur, 1992). Por su parte, la tolerancia quedaría reflejada, según Griffiths (1993a), en el hecho de que la tasa cardíaca de los jugadores regulares disminuye de forma inmediata una vez finalizado el juego, razón por la cual también jugarían más rápido y con mayor frecuencia. Con respecto al síndrome de abstinencia, su presencia se cifra en un tercio de los jugadores de alta frecuencia (Wray y Dickerson, 1981), presentando algún síntoma fisiológico el 65% de los jugadores patológicos, y elevándose esta cifra al 87% cuando se mide la aparición de síntomas psicológicos (Rosenthal y Lesieur, 1992). Por último, la falta de control, detallada también en los criterios de la A.P.A., correlaciona positivamente con el tiempo y el dinero invertido en el juego (Corless y Dickerson, 1989).

TABLA 7.1. Comparación de los criterios del DSM-III-R para dependencia de sustancias y juego patológico

Dependencia de sustancias psicoactivas	Juego patológico
Al menos tres de los síntomas siguientes:	Al menos cuatro de los síntomas siguientes:
(3) una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla, o recuperarse de sus efectos	(1) preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar
(1) con frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía	(2) con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado
(7) tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia	(3) existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada
(8) síntomas de abstinencia característicos	(4) intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar
(9) a menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia	(5) pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar
(2) un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia	(6) esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego
(4) intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas, o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado	(7) con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales
(5) reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia	(8) sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar
(6) uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia	(9) se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego

Fuentes: adaptado de Walker (1992a) y Blume (1987).

Pero además de estos aspectos, parecen existir otros muchos comunes al juego patológico, el alcoholismo y la dependencia a otras drogas; que permitirían hablar de una adicción no tóxica, a saber (Echeburúa, 1993):

1. La semejanza de las reacciones psicológicas tras el consumo de una sustancia psicoactiva o la ejecución de la conducta de juego en el jugador patológico.
2. La existencia de factores de personalidad comunes a las distintas conductas adictivas.
3. El solapamiento de los mundos sociales de los bebedores excesivos y de los jugadores patológicos (bares, *pubs*, etc.).
4. La aparición conjunta o secuencial, que se da con cierta frecuencia, de ambos tipos de problema.
5. La pérdida de control sobre una actividad que al comienzo resulta lúdica o de relación social.
6. El deterioro gradual en el ámbito laboral y familiar y una evolución con muchas recaídas.
7. El rechazo o minusvaloración de la existencia del problema, que suponen un gran obstáculo para la terapia.
8. La similitud de las pautas de conducta en la abstinencia y en la recaída.
9. El papel de los grupos de autoayuda en el tratamiento.
10. El valor de la terapia de grupo en los programas especializados.
11. El papel de los ex-pacientes en el tratamiento de los alcohólicos, heroinómanos y jugadores patológicos.

TABLA 7.2. Comparación de los criterios del DSM-IV para dependencia de sustancias y juego patológico

Dependencia de sustancias psicoactivas	Juego patológico
Al menos tres de los síntomas siguientes:	Al menos cinco de los síntomas siguientes:
(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia	(1) Progresión y preocupación: preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado	(2) Tolerancia: necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia	(3) Pérdida de control: fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia	(4) Síndrome de abstinencia: inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía	(5) Escape: el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia	(6) Caza: después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas)
(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia	(7) Negación: se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
	(8) Actividad ilegal: se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
	(10) Fianza: se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego
	(9) Arriesgar familia o carrera: se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego

A pesar de estos indicios y de la profusión de términos que bajo esta concepción han sido aplicados al juego excesivo, como por ejemplo conducta adictiva (Lesieur, 1992), dependencia no ligada al uso de sustancias (Rodríguez-Martos, 1987) o desorden de los impulsos sin droga (Peck, 1986); algunos autores (Dickerson, 1990; Marks, 1990) muestran cierta cautela a la hora de catalogar el juego como una conducta adictiva, considerando que en ningún caso la categoría de adicción a una droga puede ser ampliada para incluir esas otras actividades en las que no hay sustancia, sin que se pierda su significado esencial (Walker, 1989; Brown, 1993a). Es más, Walker (1989) añade que aún aceptando la nueva categoría de adicción psicológica, definida por un patrón de conductas persistente caracterizado por: (a) un deseo o necesidad de continuar la actividad que tiene lugar fuera del control voluntario; (b) una tendencia a incrementar la frecuencia o cuantía de la actividad a través del tiempo; (c) la dependencia psicológica a los efectos placenteros de la actividad; y (d) en detrimento del individuo y de la sociedad (Jacobs, 1986); o incorporando a esta descripción el criterio adicional del síndrome de abstinencia, quedaría por determinar si la adicción psicológica define realmente a los jugadores problema, ya que no está claro que un juego excesivo implique necesariamente una dependencia psicológica y, menos aún, la aparición del síndrome de abstinencia cuando cesa el juego.

No se debe obviar, además, el peligro de una extrapolación excesiva en un término, el de adicción psicológica, ya de por sí vago. En definitiva, ¿qué conductas son susceptibles de pertenecer a esta categoría y cuáles no?

“Verdaderamente, soy un tipo adictivo. Tengo adicción al juego, al cigarrillo, a las mujeres, a la lectura del periódico, a la ducha, y a la vida: detesto la certeza de ser mortal. Pero los otros -los que no juegan- tienen, también, sus adicciones: son adictos al trabajo, al dinero, al fútbol, al alcohol, a los medicamentos, a las hierbas, a la actualidad, o a la moda. Hay adictos a la religión, y otros, a la política. Por lo menos, las mías, son adicciones lúdicas. Y no hacen daño a nadie, salvo a mí mismo” (Peri Rossi, *La última noche de Dostoievski*).

Por su parte, las alternativas al modelo médico, agrupadas en los llamados modelos sociológicos o dimensionales, basan su esencia en la noción de que, bajo condiciones apropiadas, cualquiera puede llegar a desarrollar un problema con el juego. De acuerdo con esta perspectiva, el jugador compulsivo, patológico o adictivo no conforma un grupo categóricamente distinto, sino que existe un continuo cuyo rango se desplaza desde la ausencia de juego hasta el juego problemático, esto es, desde una menor a una mayor implicación en el juego, estando la posición de un individuo en ese continuo determinada, fundamentalmente, por los principios de aprendizaje (Blaszczynski y McConaghy, 1989b; Walker, 1992a).

Pero esta evolución hacia una sentencia que, finalmente, indulta al jugador no ha sido unánimemente adoptada, de forma que, en gran medida, la sociedad sigue percibiendo el juego excesivo como resultado de una moral débil y lo que es peor, eligiendo como mejor tratamiento la *fuerza de voluntad*, con la convicción de que si no se deja de jugar es porque no se quiere; no siendo extraño que el mismo acusado utilice el término de *vicio* en la descripción de su propia conducta (Orford y McCartney, 1990).

Resulta evidente que los diferentes modelos no sólo expresan la ideología que subyace a cada concepción sino que implican abordajes teóricos y, por consiguiente, terapéuticos diversos, que en muchos casos serán incompatibles. A pesar de ello, no es infrecuente el desarrollo de teorías que conjugan diversas perspectivas, bajo el supuesto de que el uso exclusivo de un modelo teórico conlleva inevitablemente una visión distorsionada del problema del juego (Brown, 1987d).

7.1. MODELOS DE ESTADOS DE NECESIDAD (NEED-STATE MODELS)

Estos modelos afirman que el juego es una conducta que va a satisfacer alguna carencia que posee el sujeto, en este sentido tales explicaciones son necesariamente verdaderas, ya que todos los jugadores tienen razones para jugar y todas estas razones se pueden reconstruir como necesidades. Por lo tanto, son modelos circulares con escaso valor explicativo (Walker, 1992a).

7.1.1. Un estado de estrés crónico: Teoría de Jacobs (1986, 1987, 1988, 1989a)

Bajo la concepción del juego patológico como una adicción más, este autor propone una teoría general de las adicciones, usando al jugador compulsivo como prototipo. Definida la adicción como un estado dependiente adquirido a lo largo del tiempo por una persona predispuesta en un intento de aliviar una condición de estrés crónico, propone la presencia de dos grupos de factores predisponentes que interactúan entre sí:

- A. *Factor de naturaleza fisiológica.* Un nivel alterado de activación psicofisiológica, percibido como hipotensivo (aburrido) o hipertensivo (tenso), que resulta aversivo; siendo esperable que ambos grupos procuren descubrir y engancharse en actividades que mejoren su estado.
- B. *Factor de naturaleza psicológica.* Una niñez y adolescencia marcadas por profundos sentimientos de inferioridad, incapacidad y rechazo por parte de los padres y de los otros significativos; sentimientos que favorecerían conductas y actividades que produzcan alivio a ese distrés psicológico.

En este sentido, las personas con un estado de activación anormal (por exceso o por defecto) que, además, tienden a responder a los sentimientos de inferioridad y rechazo desarrollando fantasías compensatorias, son las que presentan un mayor riesgo de desarrollar un patrón de conducta adictivo. Dadas estas condiciones, la sustancia o actividad elegida llegará a conformar un claro patrón adictivo si posee los tres atributos siguientes:

1. *Hace borrosa la realidad.* La atención se desvía del estado de activación aversivo crónico como consecuencia de los efectos fisiológicos de la sustancia ingerida y/o por la manera en que una actividad, como el juego, concentra la atención en eventos específicos del aquí y ahora, difuminando o borrando otros aspectos de la vida.
2. *Disminuye la autocrítica y la autoconciencia.* Esto se consigue a través de un cambio cognitivo que desvía las preocupaciones, y que es apoyado y reforzado por las circunstancias en las que generalmente se produce esa conducta.
3. *Permite soñar despierto.* Las fantasías compensatorias facilitan la asunción de una identidad alterada en la que la autoimagen se percibe mejorada y las interacciones sociales con éxito.

Esta formulación señala que la alteración en la activación le lleva a buscar actividades que modifiquen la misma, mientras que los sentimientos de inferioridad favorecerán las actividades solitarias y, por su parte, las fantasías compensatorias harán que perciba como éxito lo que en realidad no lo es; de manera que una vez que se ha puesto en marcha la conducta adictiva, con la condición de que se den los tres atributos previamente establecidos, la probabilidad de que una persona pase a un estado de identidad alterado o disociativo aumenta y con él el avance hacia la cronificación del problema. Tres son los estadios en el curso del proceso adictivo, a saber:

Estado I: descubrimiento

El elevado nivel de reforzamiento provocado por esta experiencia asegura que la persona afectada se esforzará por repetirla.

Estado II: resistencia

La tenaz insistencia de la persona, ya claramente adicta, de aferrarse a este patrón de conductas hace que evite y rechace cualquier esfuerzo externo cuyo objetivo sea disuadir o impedir esta práctica.

Estado III: agotamiento

Al final del estado de resistencia, el placer que se obtenía por la conducta adictiva hace tiempo que se ha perdido y las consecuencias negativas, que se han ido erigiendo alrededor de la adicción, llevan inevitablemente al individuo hacia el estado de agotamiento físico y psicológico, en el que su disponibilidad a recibir tratamiento es mayor.

7.1.2. Un estado de depresión crónica:

Teoría de McCormick y Ramírez (1987, 1988)

El desarrollo y la descripción de este modelo giran alrededor de dos observaciones:

- A. El juego es una conducta que tiene efectos psicológicos y fisiológicos en el jugador.

Corolario: la conducta de juego y sus efectos pueden ser usados por una gran variedad de personas para satisfacer un sinnúmero de necesidades diferentes.

- B. Los jugadores patológicos varían enormemente.

Corolario: se pueden establecer subtipos de jugadores en función del estado de necesidad que es regulado por los efectos de la conducta de juego.

Subtipo A: el jugador patológico crónicamente deprimido

Para un gran número de jugadores, la depresión es un patrón característico a lo largo de la vida, y que precede al juego; poseen lo que los autores (McCormick y Taber, 1988) denominan un estilo cognitivo depresógeno, que es el que provoca la percepción por parte del jugador de un estado de necesidad intenso y duradero. De manera que jugando descubrirán que dicha conducta produce ciertos cambios psicológicos y fisiológicos que ayudan a reducir tal estado de necesidad, al menos, momentáneamente, pues pronto rebrotará con mayor intensidad.

Subtipo B: el jugador crónicamente infraestimulado

Este grupo de jugadores percibe una necesidad continua de estimulación y excitación, ya que experimentan una constante sensación de aburrimiento. La hiperactividad, la baja tolerancia a la frustración y una constante búsqueda de arousal nuevo, son sus señas de identidad. En este punto, cabe destacar la similitud de este grupo de jugadores con el estado hipotensivo al que hacía referencia Jacobs en su teoría. De manera que jugando saciarán ese estado de necesidad al ser una actividad inherentemente excitante, pero aparecerán también rebotes como consecuencia del efecto de la tolerancia.

A partir de aquí, el modelo reconoce que el juego patológico es un trastorno complejo en el que interactúan diversas variables, distinguiendo los siguientes factores de predisposición:

Vulnerabilidad hereditaria

La predisposición biológica (a patrones depresivos) es un factor que contribuye potencialmente al desarrollo del juego patológico. La evidencia de su existencia se ha buscado, tanto en aquellos estudios que indican una alta incidencia de depresión entre los familiares de los jugadores patológicos, como en esos otros que han determinado niveles bajos de ciertos marcadores biológicos, MAO y CSF-5-HT (ver Tabla 5.8.), asociados también con presencia de depresión.

Socialización

El proceso de socialización es una variable crítica en el desarrollo del juego patológico, un fracaso en el proceso de socialización supone no internalizar ciertos valores sociales, no adquirir las habilidades necesarias para actuar competentemente en el medio social y desarrollar actitudes competitivas.

Estresores vitales

En un número significativo de jugadores patológicos, el contacto, en las primeras etapas de la vida con situaciones estresantes, parece crítico; siendo especialmente relevante para el desarrollo de este trastorno, la reacción a estos eventos y los mecanismos de ajuste a sus consecuencias, que a su vez van a determinar la respuesta a ulteriores estresores a lo largo de su vida.

Estilo de personalidad

El proceso de socialización, en combinación con una posible vulnerabilidad hereditaria y factores ambientales significativos, favorece diversos estilos de personalidad; de los cuales, entre los jugadores patológicos, destacan los siguientes:

- Estilo de personalidad evitativa
- Estilo de personalidad infrasocializada
- Estilo de personalidad narcisista
- Estilo de personalidad colérico-agresiva

A estos factores que, separados o conjuntamente, conforman la condición imprescindible para el desarrollo de un problema de juego, se le debe añadir la condición necesaria que es la exposición al juego;

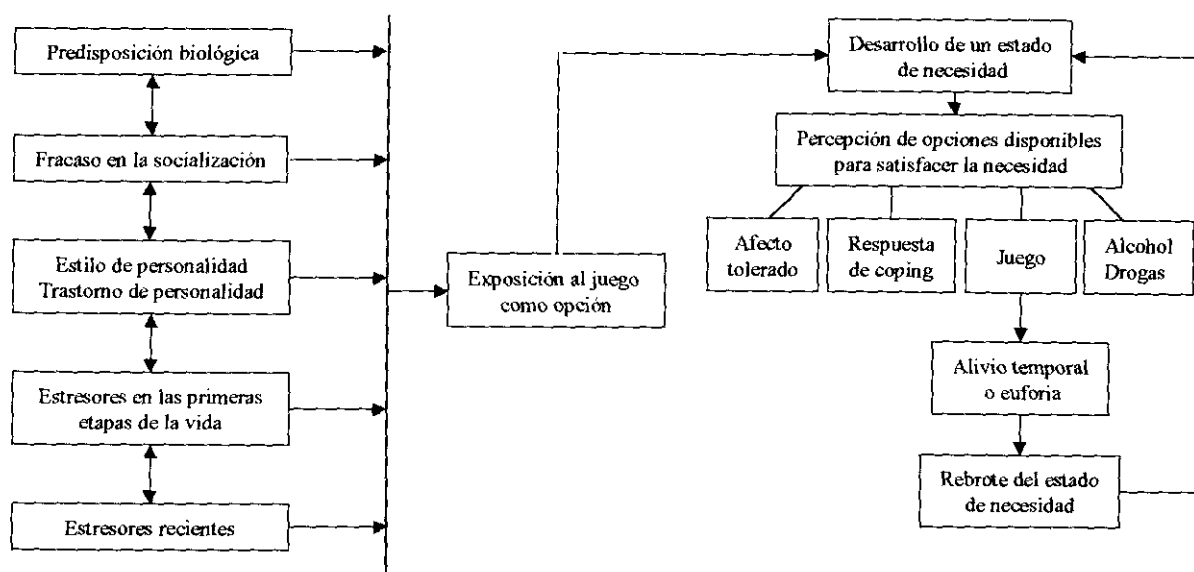


FIGURA 7.1. Modelo de McCormick y Ramírez (1987, 1988).

en algún momento el jugador ha aprendido que el juego produce temporalmente ciertos cambios psicológicos y fisiológicos perceptibles. El ciclo adictivo comienza cuando, bajo la conjunción de ciertos eventos externos e internos, se precipita un estado de necesidad caracterizado por la combinación de disforia, ansiedad y aburrimiento. Ante el incremento de este estado de necesidad y con el fin de satisfacer o aliviar tal estado, el jugador patológico evaluará las opciones disponibles; de manera que, en algunos casos, la conducta de juego puede llegar a considerarse la más apropiada. Estas conductas de juego van a producir una sensación de alivio, euforia y bienestar temporal; pero pronto volverá a encontrarse como antes, debido a la escasa eficacia de la conducta de juego para controlar el distrés, produciéndose un rebote del estado de necesidad caracterizado por un incremento del afecto negativo (ver Figura 7.1.).

7.2. MODELOS DE AROUSAL

7.2.1. Búsqueda del nivel óptimo de arousal:

Teoría de la reversión de Brown (1988)

La teoría de la reversión de Apter (1982) propone dos sistemas metamotivacionales separados, cada uno de ellos asociado con un estado télico o paratélico y con un nivel óptimo de arousal; siendo el estado télico aquel en el que el individuo está orientado hacia alguna meta, disfruta del placer de la anticipación de la misma y prefiere los estados de baja activación; y por el contrario, el estado paratélico aquel en el que el sujeto está orientado hacia algún aspecto de su conducta y sus sensaciones relacionadas, disfruta del placer de las sensaciones inmediatas y prefiere los estados de alta activación. La relación entre arousal y tono hedónico, placer o máximo reforzamiento se representa por una curva en forma de X. De manera que

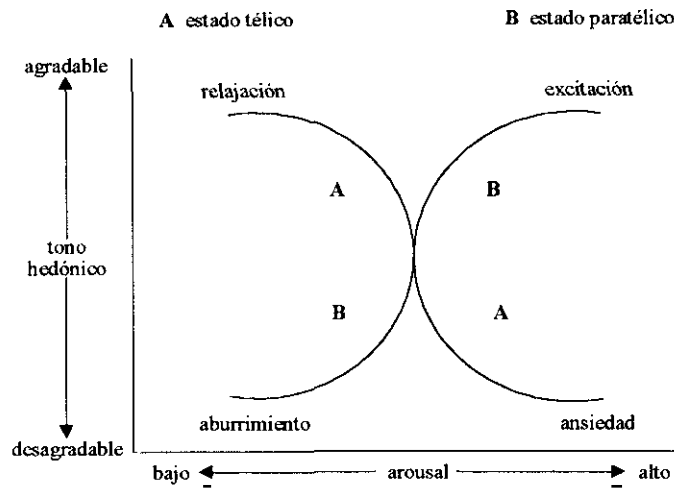


FIGURA 7.2. Modelo de Brown (1988).

la teoría de la reversión sostiene que un nivel bajo de arousal, placenteramente experimentado como relajación en el estado télico, es interpretado como aburrimiento cuando se está en estado paratélico; mientras que un nivel alto de arousal, experimentado negativamente como ansiedad en el estado télico es reinterpretado como excitación placentera en el estado paratélico (ver Figura 7.2.).

La teoría de la reversión de Brown asume que el arousal es interpretado bajo uno de estos dos estados, télico y paratélico; de forma que durante el juego se puede pasar de un estado a otro, y es esta reversión del estado la que sirve para explicar por qué una persona comienza a jugar y continúa o cesa en esa actividad. De acuerdo con Anderson y Brown (1987), la teoría de la reversión ayuda a entender la conducta de juego ya que:

- A. Se puede inferir que las personas que están habitualmente en estado paratélico se verán más atraídas por el juego, ya que la excitación que provoca esta actividad es interpretada como placentera. Por el contrario, las personas que habitualmente están en estado télico considerarán que el juego provoca ansiedad.

La predicción que plantea Brown, a partir de esta teoría, es que los individuos que están habitualmente en un estado paratélico buscarán el juego como mecanismo para transformar su estado de aburrimiento por otro de excitación. A su vez, esto sugiere que los individuos que se encuentran en un estado paratélico durante el juego, realizarán apuestas mayores o más arriesgadas con el fin de obtener niveles mayores de arousal, esto es, las personas en estado paratélico harán apuestas mayores para incrementar la excitación, mientras que en estado télico se disminuirán las apuestas para reducir la ansiedad.

- B. Existen diferentes razones para jugar dependiendo del estado en el que se encuentre la persona: en un estado télico de alta activación se puede jugar para inducir el cambio a un estado paratélico, en el que esa activación sea reinterpretada como excitación placentera; y una persona en estado paratélico y baja activación, jugará para eliminar la sensación de aburrimiento.

- C. Durante el juego se produce la reversión de estado dependiendo de los resultados: las pérdidas sitúan al jugador en un estado télico y las ganancias en un estado paratélico. Otras reversiones son espontáneas y se dan bajo alguna de las siguientes condiciones: contingencias, frustración de actividades y saciación.
- D. El jugador patológico permanece jugando, a pesar del distrés que producen las pérdidas continuadas, porque ha asociado ese período de ansiedad que se da en estado télico con la anticipación de una excitación placentera por la consecución de una ganancia y el cambio de reversión a un estado paratélico.

De nuevo, bajo la concepción del juego como una adicción, Brown (1988) propone tres estadios en el desarrollo y mantenimiento de una conducta adictiva:

Estadio de iniciación

Tras un periodo prolongado de una falta de activación percibida como desagradable, la persona se siente aliviada por una repentina subida de tal activación o por un descubrimiento gradual de los efectos de la actividad adictiva, a la que se accede a través de presiones sociales.

Estadio de la «edad de oro»

Comienza cuando se adquiere el impulso por mantener un elevado tono hedónico positivo. Con el objetivo de mantener este nivel elevado de activación, que le resulta tan placentero, explota la conducta adictiva, adquiriendo ésta gran intensidad. Como consecuencia de la misma, irán apareciendo ciertos problemas, cuyos efectos en el tono hedónico va a tratar de hacer frente buscando un nivel de activación superior y más duradero, incrementando aún más la conducta adictiva.

Estadio de adicción

Se alcanza cuando un tono hedónico tolerable sólo puede ser mantenido por una continua manipulación del arousal y/o de las reversiones a través de la conducta adictiva.

Continuando con esta argumentación, el autor propone que la elección de una sustancia o actividad adictiva dependerá, aparte de los aspectos culturales y factores de disponibilidad, de la eficacia con la que el individuo maneje dicha actividad para manipular sus propios patrones de arousal y reversiones en el intento de mantener un elevado tono hedónico positivo.

Para Walker (1992a), la evidencia más significativa a favor de esta teoría es la correlación existente entre estado paratélico e incremento de las apuestas, aunque no se puede decir en qué sentido se produce la causalidad. Sin embargo, considera lógicamente inconsistente la asociación entre la conducta de juego y un estado paratélico, pues necesariamente la conducta de juego se dirige hacia una meta y, por tanto, el jugador se encuentra en un estado télico mientras juega.

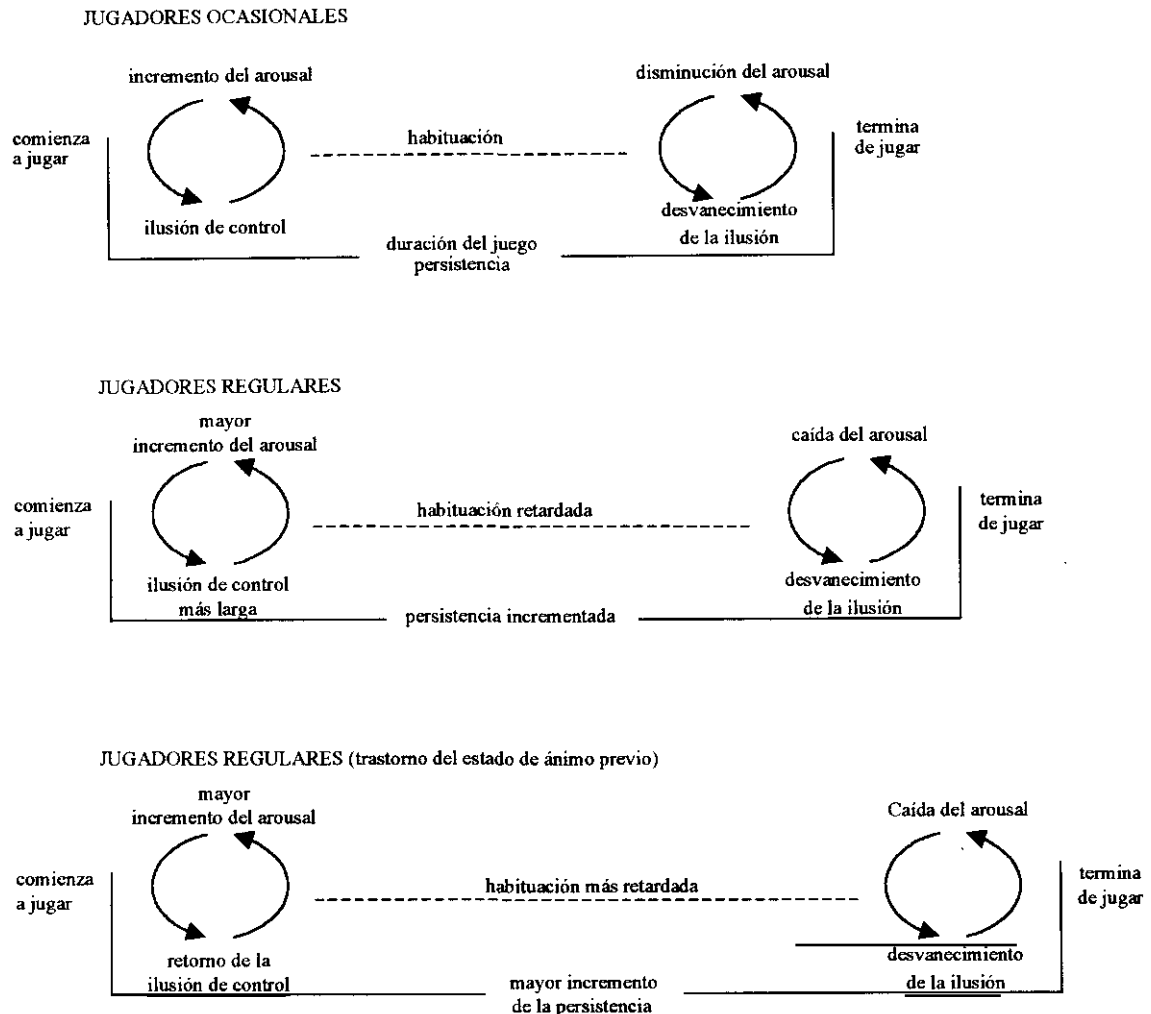


FIGURA 7.3. Modelo de Dickerson y Adcock (1987).

7.2.2. Un combinado de arousal, estados de ánimo y cogniciones: Teoría de Dickerson y Adcock (1987)

Este modelo está orientado a explicar el mantenimiento de la conducta de juego, en el que el arousal es la variable central, aunque también van a influir los estados de ánimo y la ilusión de control.

Se propone que el arousal de los jugadores regulares durante la actividad de juego es mayor que en los jugadores ocasionales, y la ilusión de control más intensa; por eso, cuando los demás factores se mantienen constantes, los jugadores regulares, como grupo, permanecen jugando más tiempo que los ocasionales.

La diferencia con la teoría de Brown es la inclusión de dos factores que modulan los niveles de arousal: los estados de ánimo y la ilusión de control; cuya contribución va a ser directa en el primer caso, ya que determinados estados de ánimo (los autores aluden a la depresión) van a lentificar la consecución del nivel óptimo de arousal y por tanto prolongar el juego; e indirecta en el caso de la ilusión de control, ya que interactúa con el estado de ánimo, apareciendo cuando éste es elevado. Por tanto, el modelo postula que serán los jugadores regulares con un trastorno del estado de ánimo previo los que más persistirán en el juego (ver Figura 7.3.).

En principio, el modelo, según sus autores, sería coherente con aquellos datos que indican que la conducta de juego aumenta bajo la influencia de ciertos desórdenes del estado de ánimo, que las recaídas suelen venir precipitadas por los estados de ánimo y que las conductas repetitivas y los rituales de los trastornos compulsivos a menudo ocurren en el contexto de un estado de ánimo deprimido. Pero a pesar de este apoyo teórico, y aunque intentan establecer las relaciones entre los agentes que proponen, no llegan a completar la labor de una manera clara, debido a la fuente de confusión que supone el constructo de estados de ánimo previos (Walker, 1992a). Los propios autores indican que los estudios empíricos evidencian la falta de ilusión de control en los sujetos deprimidos. Entonces, si el nivel de arousal es equivalente en los jugadores, un jugador regular no deprimido debería persistir en su conducta durante más tiempo que uno regular pero deprimido; sin embargo, el modelo propone lo contrario: a mayor intensidad del estado de ánimo deprimido se requiere mayor duración de la conducta de juego para alcanzar el nivel de arousal óptimo.

7.3. SEGOS COGNITIVOS Y ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA: UNA POSIBLE INTERACCIÓN. TEORÍA DE SHARPE Y TARRIER (1993)

Se ha visto como Brown postula una teoría centrada en la relación del arousal con el juego, proponiendo que la excitación debe ser entendida como un estado subjetivo que se corresponde con un nivel de arousal alto, así cada persona va a tener un nivel de arousal óptimo que se esfuerza por mantener. Teniendo en cuenta que diferentes ambientes facilitan diferentes grados de arousal, para algunos individuos cuyo nivel está habitualmente por debajo del óptimo, el juego proporciona un modo de aumentar dichos niveles. Pero también el juego proporciona una manera de aumentar el arousal en aquellos sujetos que, aunque poseen un nivel alto, para alcanzar su grado óptimo precisan elevar dicho nivel, debido a una condición igualmente elevada en la búsqueda de sensaciones. Entre las predicciones de este modelo se encuentran dos relacionadas con las distorsiones cognitivas (Brown, 1993b), que inciden en la idea de que niveles muy altos de activación mientras se juega podrían producir: (a) una reducción del campo de atención y (b) estados confusionales y pensamiento desordenado. Walker (1992a), por su parte, destaca la probable aparición de conductas supersticiosas, pues, dado un nivel elevado de activación, cada conducta inmediatamente precedente al resultado de la jugada puede llegar a condicionarse con la situación de juego. Del mismo modo, Dickerson y Adcock (1987) basan su modelo en el nivel de arousal, que siendo mayor en los jugadores regulares, y junto a una ilusión de control también más intensa, determinarían el grado de persistencia en el juego.

El hecho de que los modelos presentados sean puramente descriptivos limita su utilidad, ya que los mecanismos implicados no están convenientemente delimitados. En la teoría propuesta por Brown, se

introducen diferentes factores ambientales y personales, tales como la activación autonómica, determinados pensamientos y las asociaciones entre ciertas claves de juego y patrones de respuesta, que pueden contribuir al desarrollo de una conducta de juego problemática; pero a pesar de su innegable importancia, no se establece de forma explícita la relación entre estas variables y los mecanismos subyacentes (Sharpe y Tarrier, 1993). Por su parte, Dickerson y Adcock fracasan en su intento de entablar la conexión entre el arousal y la ilusión de control debido a la interferencia que supone la inclusión de los estados de ánimo previos (Walker, 1992a). De hecho, en una investigación realizada por estos autores (Dickerson et al., 1988) se concluye que ni el arousal ni la ilusión de control están relacionados con la prolongación del juego. En cualquier caso, en ambos modelos se podría cuestionar el papel central otorgado al arousal, ya que su explicación no resulta clara.

Debido a este déficit, Sharpe y Tarrier (1993) intentan desarrollar un modelo explicativo de la adquisición y mantenimiento de la conducta de juego problemático, en el que se establece la relación funcional entre las variables (ver Figura 7.4.).

El modelo asume que la adquisición de la conducta de juego se puede explicar por los principios del condicionamiento clásico y operante. Bajo el paradigma instrumental estarían actuando los principios del reforzamiento, que incluyen el programa continuo que supondría el incremento de arousal contingente con el juego y que es interpretado por los jugadores como excitación, y el programa intermitente de la ganancia monetaria. La combinación de estos reforzadores proporciona la base de la rápida adquisición y el incremento de la resistencia a la extinción, ya que los jugadores aprenden que las ganancias se dan de forma intermitente, lo que incrementa la probabilidad de que continúen jugando a pesar de las pérdidas.

Este patrón de reforzamiento, que favorece que la conducta de juego se mantenga durante un largo periodo, va a permitir que los estímulos relacionados con el juego se asocien, a través de un condicionamiento clásico, con los estados de activación autonómica que lo acompañan. Todo ello llega a asociarse, también, con los sesgos cognitivos que se producen durante el juego.

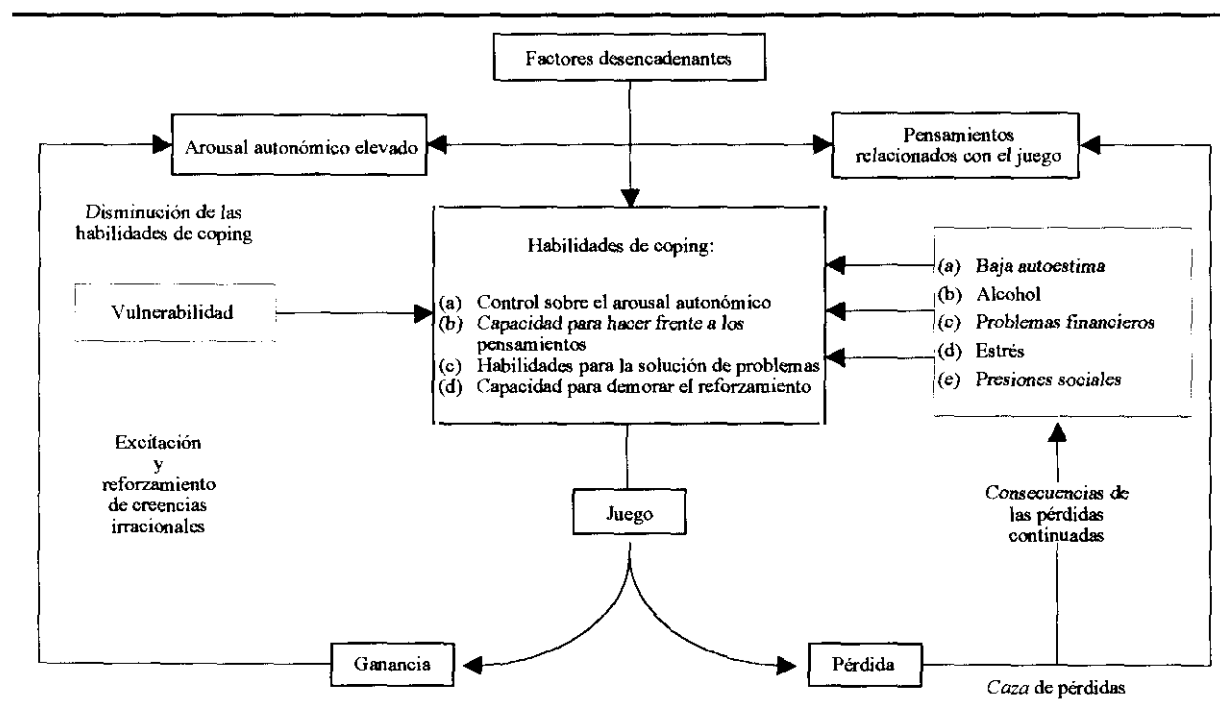


FIGURA 7.4. Modelo de Sharpe y Tarrier (1993).

Esta relación entre pensamientos, situaciones y activación incrementa la probabilidad de que se juegue, siendo la responsable de que la conducta se mantenga en el futuro. Una vez llegados a este punto, el modelo postula que la presencia o ausencia de ciertos grupos de habilidades determina la vulnerabilidad de una persona a introducirse en la escalada hacia el juego problemático; desde esta perspectiva, un déficit en habilidades de coping se considera un factor de predisposición al juego problemático. Esta serie de habilidades hacen referencia a: (a) la capacidad para controlar la activación autonómica, (b) la capacidad para recusar los pensamientos irracionales, (c) la capacidad para aplazar la toma de decisión y el uso de habilidades de solución de problemas y (d) la capacidad para aplazar el reforzamiento. A su vez, las pérdidas económicas generadas por el juego van a provocar problemas en otras áreas de la vida del jugador, cuya resolución va a depender de este mismo conjunto de habilidades; de manera que un jugador con un déficit en las habilidades anteriormente mencionadas es más probable que continúe jugando para intentar, por un lado, solventar las pérdidas y, por otro, como única estrategia de afrontamiento de esas situaciones problemáticas que preceden o derivan del propio juego, entrando en un círculo vicioso.

Es destacable el papel que el modelo atribuye a los pensamientos asociados con la conducta de juego: si el jugador gana, reforzará sus creencias sobre la probabilidad de ganar; y si pierde, pensará que esto ocurre a veces, esperando que cuanto mayores sean las pérdidas también sean mayores las ganancias y por tanto desarrollará una conducta de caza de tales pérdidas. El papel de dichas distorsiones es fundamental para explicar el mantenimiento de la conducta de juego a pesar de las consecuencias negativas del mismo, de hecho "sin estas cogniciones operando durante el juego, los jugadores dejarían de jugar" (Sharpe y Tarrier, 1993, p. 409).

Sin embargo, en la adquisición, los autores consideran que estas cogniciones aparecen después de repetidas conductas de juego, en las que lo fundamental son los refuerzos monetarios y los producidos por la activación. Pero cabría preguntarse, si se comienza a jugar por lo excitante que resulta la posibilidad de ganar y el refuerzo de la ganancia per se, o el contacto con el juego se produce bajo la influencia de ciertas *creencias* que favorecen la idea de que se va a ganar.

7.4. MODELOS SOCIOLÓGICOS

7.4.1. Los macro y micro niveles de la realidad del jugador:

Modelo de Abt, McGurrin y Smith (1985)

Si el sentido de una situación de juego se erige en términos racionales/económicos, inevitablemente los motivos esgrimidos por el jugador van a estar bajo sospecha, pues *lógicamente* las apuestas desiguales juegan en su contra; visión que conlleva una concepción del jugador como impulsado a realizar esta actividad por un mecanismo psicológico defectuoso o errático, que le impide operar bajo los principios de un comportamiento normal, saludable y orientado hacia una meta. Los autores consideran que esta visión, exclusivamente psicopatológica, no interpreta adecuadamente la realidad del juego; por lo que proponen una caracterización del jugador más sensible a aspectos situacionales y sociales, lo que supone la inclusión de variables sociales y culturales, cuya influencia abarca tanto el evento de juego como las decisiones del

jugador durante el mismo. El juego se conceptualiza como una conducta social que obtiene su significado cuando se hace referencia al contexto en el cual ocurre.

La realidad del jugador queda, por tanto, conceptualizada en ocho grupos de variables (ver Figura 7.5.), agrupadas en el macro (sociedad) y micro (individuo) nivel:

MACRO NIVEL	MICRO NIVEL
<ol style="list-style-type: none"> 1. Variables de status <ul style="list-style-type: none"> - status socio-económico - raza - sexo - edad - estado civil - etnia - ocupación - educación - tiempo disponible - ingresos 2. Variables situacionales <ul style="list-style-type: none"> - oportunidades para jugar - compañeros de juego - juegos atrayentes 3. Variables contextuales <ul style="list-style-type: none"> - historia de juego en el área - regulación y estatutos sobre el juego 4. Reglas de transformación social <ul style="list-style-type: none"> - normas sociales que definen el juego 5. Variables referidas al juego como evento <ul style="list-style-type: none"> - reglas - habilitación - apuestas - jugadores - condiciones - historia de ganancias precedentes 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Variables psicológicas y reglas de transformación <ul style="list-style-type: none"> - auto-imagen - rasgos de personalidad - locus de control - <i>mecanismos de defensa</i> - experiencia en el juego - valores y actitudes 7. Actividad de juego <ul style="list-style-type: none"> - elección de juego - apuesta actual - jugar 8. Variables referidas a las señales de feedback social <ul style="list-style-type: none"> - aprobación o desaprobación por los otros significativos - ganancias o pérdidas actuales - coste/beneficio percibido del juego

Ambos niveles de variables están dinámicamente relacionadas entre sí a través de las reglas de transformación, las normas sociales referidas al juego y los valores y actitudes propios del jugador. Las reglas de transformación convierten la experiencia personal y discreta del individuo en un entramado social, que permite evaluar el grado en el que la conducta y sus consecuencias validan la auto-imagen y el rol de jugador; por su parte las normas y las actitudes afectan, y son afectados, por el proceso del juego. De manera que la información sobre la entidad del jugador y los efectos de su conducta es procesada a través de un feedback continuo que confirma, o recusa, las pautas cognitivas del jugador sobre el comportamiento.

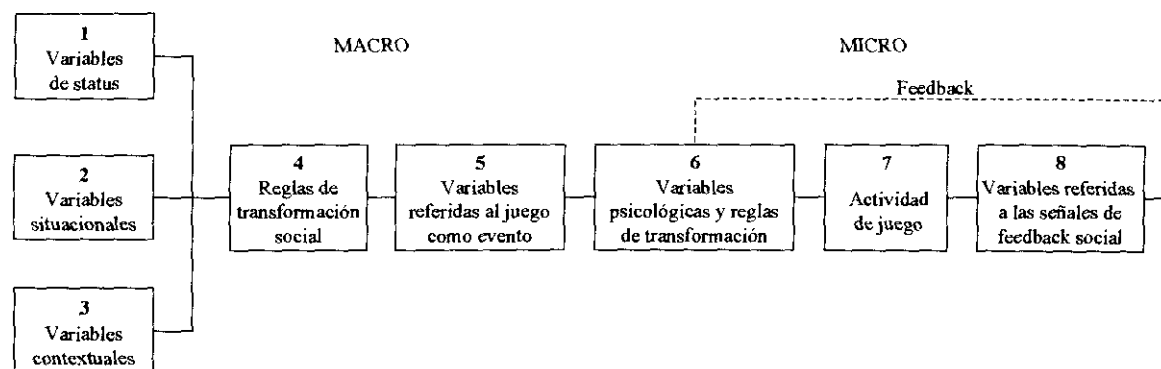


FIGURA 7.5. Modelo de Abt, McGurrin y Smith (1985).

En definitiva, la asunción básica del presente modelo es que la conducta de juego está sometida a controles sociales externos característicos, que son reconocidos por el jugador y que de forma creciente son también internalizados psicológicamente en forma de normas cognitivas, que definen y dirigen su conducta de juego. El jugador es un individuo actuando en un entorno socio-cultural determinado, definido y estructurado por las normas sociales y legales, culturalmente consistentes con el medio socio-cultural dominante fuera del entorno del juego. De forma que la relación entre las consecuencias de la actividad de juego, cuando son comparadas e interpretadas por las pautas cognitivas del jugador, puede resultar consistente o disonantemente percibida. En este último caso, el jugador puede hacer tres cosas: (a) cambiar sus normas cognitivas, (b) cambiar la conducta de apuesta, o (c) abandonar la situación por completo; quedando patente que la persistencia en la conducta de juego es posible, gracias a la disponibilidad de dos opciones por las que el jugador reduce la disonancia sin renunciar a su condición de jugador. Continuando con este argumento, puede decirse que el jugador patológico es incapaz de procesar los señales sociales que le permitirían parar esa actividad y deshacer el enmarañamiento cognitivo y psicológico en el que se ve envuelto. En definitiva, este modelo considera que el juego patológico es el resultado de un fallo en la integración de las normas de una situación de juego con las propias motivaciones del jugador, y un fracaso en el uso del feedback que proporciona la situación actual de juego, para corregir su incesante conducta problema (McGurrin, 1992).

7.4.2. La intención de jugar:

Teoría de la acción razonada de Cummings y Corney (1987)

La teoría de la acción razonada aplicada al juego ha sido investigada por Cummings y Corney (1987). A diferencia de los modelos anteriores, cuyo desarrollo parte del análisis de alguno de los factores tradicionalmente relacionados con el juego; la propuesta de esta teoría es que la única causa interna del comportamiento es la intención de realizar una conducta. Las intenciones para llevar a cabo una conducta están unidas causalmente a las actitudes hacia el objeto y las normas subjetivas acerca del comportamiento. De manera que la actitud hacia una conducta es la evaluación que la persona hace de la misma: cuánto le

gusta o le disgusta, y que resulta de la suma de valores que poseen las diversas creencias sobre un determinado comportamiento y sus consecuencias. Por su parte, las normas subjetivas son las creencias acerca de las actitudes morales que un individuo o institución significativos para la persona tienen hacia un determinado comportamiento, y cuya consistencia resulta de la suma de las actitudes de los otros significativos modulado por la tendencia del individuo a complacer.

Su expresión vendría dada por la siguiente ecuación:

$\text{Conducta} = \text{Intención de realizar una conducta} = W_1 * A + W_2 * S$ <p style="margin: 0;"> W_1, W_2 - pesos de importancia relativa A = actitud hacia el comportamiento S = normas subjetivas </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> $A_{act} = \sum B_i E_i$ <p style="margin: 0;"> A_{act} = actitud hacia el juego B_i = creencia de que el juego deriva en la consecuencia i E_i = evaluación de la consecuencia i </p> </div> <div style="width: 45%;"> $S = \sum N B_i * MC$ <p style="margin: 0;"> N = normas subjetivas MC = motivación para complacer </p> </div> </div>	
---	--

Factores demográficos, socioeconómicos, de personalidad, motivacionales o los sesgos en el procesamiento de la información afectan, sólo indirectamente, a la conducta de juego a través de su influencia en las actitudes y en las normas subjetivas. Así, por ejemplo, las variables demográficas, asociadas tradicionalmente con la toma de riesgo, influirán tanto en la actitud hacia el juego como en las normas subjetivas; los rasgos de personalidad repercutirán en la percepción de las consecuencias del juego en general, o de jugar a uno en particular; y los sesgos cognitivos afectarán a la participación en juegos de azar. De manera que, como ya se ha indicado, todas estas variables tienen un papel mediador en las intenciones conductuales, colaborando en la formación de actitudes y normas subjetivas (ver Figura 7.6.).

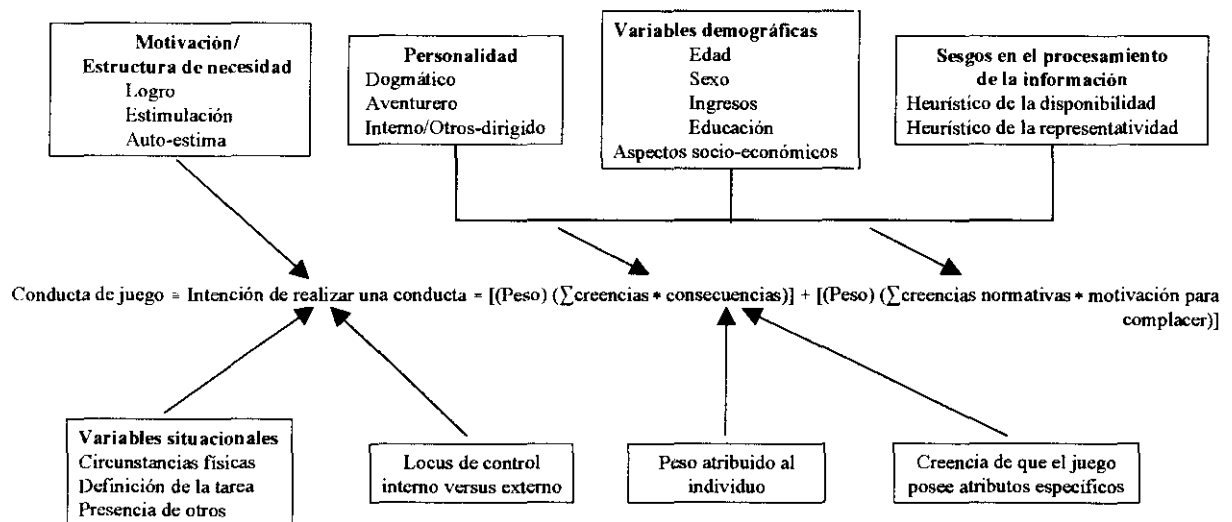


FIGURA 7.6. Modelo de Cummings y Corney (1987).

Aunque esta teoría destaca el papel relevante que juegan los pensamientos irracionales en las actitudes positivas hacia el juego, sufre ciertas limitaciones; que hacen referencia al hecho de que las normas subjetivas del entorno de un jugador y la propia actitud hacia el juego pueden ser ambivalentes o, incluso, negativas y el peso dado a las normas subjetivas alto y, sin embargo, el jugador continuará jugando. Esto pone de relieve que además de la intención de realizar o no una conducta, otras variables son importantes a la hora de explicar la conducta de juego, aunque para este modelo dichas variables sólo desarrollen un papel indirecto.

7.4.3. El local de juego versus la sociedad exterior:

Teoría de Ocean y Smith (1993)

Desarrollado con el objetivo de explicar la conducta de los jugadores regulares de casino y partiendo de la consideración de que deben tenerse en cuenta, además de los factores tradicionalmente incluidos en los diversos modelos, las condiciones del local de juego per se y el grado de enajenación del individuo con respecto a la sociedad; esta teoría propone dos esferas de existencia para estos jugadores: el reconfortante y socialmente gratificante mundo interno (del casino) y el inhóspito mundo exterior (al casino) con sus conflictos y crisis.

En definitiva, propone que la interacción de dos dimensiones principales, las recompensas sociales y los conflictos con el medio exterior, determinarán el grado de compromiso del jugador hacia la institución de juego. Las recompensas sociales incluyen la afiliación grupal, el apoyo emocional y moral, la autoestima, el status social y una identidad manifiesta. Pero a parte de estas recompensas sociales, que son enfatizadas por el modelo, también existen otros refuerzos como la estimulación sensorial y la potencial ganancia económica. Los conflictos con la sociedad exterior incluyen la pérdida de redes sociales, desculturización y valores discordantes; por añadidura, el estigma del rol de jugador puede acrecentar la discordia de éste con la sociedad.

Las recompensas sociales y los conflictos externos van a verse influenciados mutuamente, de forma que la falta de oportunidades para avanzar en la sociedad hace que las recompensas sociales disponibles en el entorno del juego resulten más atractivas; y, por otro lado, dichas recompensas hacen que las consecuencias negativas del trato con la sociedad sean más arduas de aceptar. Ante esta perspectiva el jugador regular llegará a la conclusión de que su identidad en la sociedad exterior es menos gratificante que en el seductor y atractivo ambiente de juego. Traducido en términos de procesos de reforzamiento: las recompensas sociales producirían el reforzamiento positivo, mientras que los conflictos con la sociedad exterior serían los estímulos aversivos temporalmente apartados cuando el jugador entra en la esfera del juego, produciéndose un reforzamiento negativo; y como consecuencia de ambos procesos aumentaría el grado de implicación en el juego, que paulatinamente dañaría la reputación del jugador agravando, aún más, los conflictos con la sociedad exterior.

Los efectos de estos dos componentes pueden verse modificados por un tercer factor que sería las variables demográficas, entre las cuales se encuentran: edad, sexo, status de inmigración, raza, estado civil, ingresos, educación, situación laboral y status social. El perfil sociodemográfico mitigará o aumentará los efectos del proceso de reforzamiento en dos sentidos: (a) percepción de las recompensas recibidas: el entorno del juego se ve como un mundo igualitario, por tanto las recompensas sociales serán más

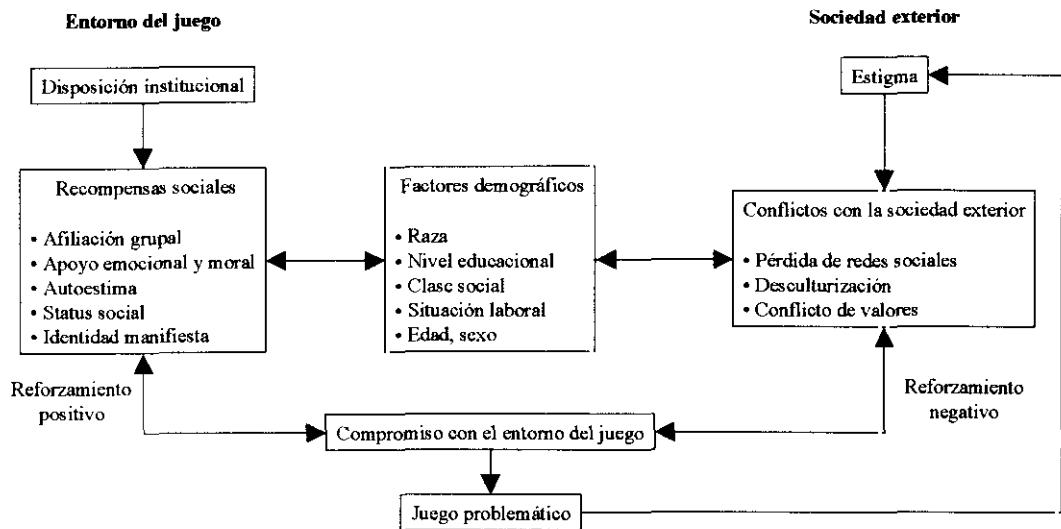


FIGURA 7.7. Modelo de Ocean y Smith (1993).

significativas para aquellas personas con un status bajo en la sociedad exterior; (b) modificación de los conflictos con el exterior: los jugadores pertenecientes a grupos con alguna desventaja o privación harán frente al exterior con más dificultad, en parte debido a su status marginal y en parte por su etiqueta de jugador, por consiguiente estos jugadores se verán más implicados en el juego y a su vez más propensos a un juego problemático (ver Figura 7.7.).

7.4.4. El estilo de vida: Teoría de Walters (1994)

Bajo la óptica de este modelo, el juego compulsivo se concibe como un estilo de vida cimentado en un estilo particular de pensamiento o proyecto. Esta teoría se formuló, originariamente, para explicar la conducta criminal, posteriormente el propio autor la expandió a fin de dar respuesta a la conducta de búsqueda de drogas y, finalmente, esta perspectiva, cuya base teórica se encuentra, según su autor, en tres tradiciones teóricas: la teoría del aprendizaje, el interaccionismo cognitivo y la filosofía existencial, tiene como objetivo explicar la conducta de juego.

De la teoría del aprendizaje adopta la idea de que el juego, como cualquier otra conducta, se adquiere a través de un condicionamiento clásico, operante y/o vicario. De la teoría del interaccionismo cognitivo aprehende la concepción de que el individuo es un participante activo en su interacción con el medio, adoptando la distinción establecida por Jean Piaget entre asimilación (incorporación de nueva información a los esquemas ya existentes) y acomodación (modificación de un esquema existente al incorporar nueva información), que en el caso del estilo de pensamiento de los jugadores sobresaldrá la asimilación. Por último, la filosofía existencialista contribuye a los aspectos motivacionales de esta teoría, proponiendo que este estilo de vida está motivado por el miedo, concretamente por un miedo existencial, entendido como una condición de la propia existencia, ante el cual se reacciona por medio de la adaptación o la repetición del estilo de vida.

Se propone que la exposición a ciertas experiencias de aprendizaje es un riesgo para la posible implicación futura en actividades relacionadas con el juego, si esta conducta está suficientemente reforzada y se carece del necesario control interno/externo, entonces el individuo entrará en los primeros estadios de un estilo de vida donde el juego es ejecutado como forma de manejar el miedo y proporcionar autoestima. Esto culmina en el establecimiento de un estilo de pensamiento en el que predomina la asimilación, de forma que las experiencias incompatibles con los esquemas existentes se distorsionan hasta que ajustan a los preexistentes. Los factores de riesgo simplemente cumplen el papel de aumentar la posibilidad de iniciarse en esos primeros estados del juego.

La teoría del estilo de vida incluye tres componentes interdependientes:

Condiciones

Rasgos internos (genéticos, temperamentales) y externos (familia, iguales) que afectan a la probabilidad de aparición de un juego compulsivo concomitante (contexto actual) y en el futuro (desarrollo histórico).

Entre los factores de riesgo, esto es, condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollo de un juego compulsivo, se encuentran factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos; aunque este modelo se va a interesar más por la interacción de la conducta con su medio a través de tres procesos que se dan en la vida temprana: apego (construcción de un vínculo social o emocional con los otros significativos), modulación estimular (identificación del equilibrio óptimo entre el input sensorial y el output conductual) y autoimagen (formación de una visión coherente de uno mismo y del rol desempeñado en el vasto mundo), pues considera que tales procesos son determinantes en el riesgo futuro de un juego compulsivo.

Elección

Se sostiene que las condiciones no hacen que una persona juegue, pero delimitan la probabilidad de su ocurrencia elevando, limitando, o afectando el rango de opciones de esa persona. Con las condiciones del desarrollo histórico, los factores de riesgo, normalmente, limitan las opciones o alternativas del sujeto; mientras que los factores protectores, generalmente, sirven para incrementar las mismas. Por su parte, las condiciones del contexto actual pueden aumentar (factor exacerbante) o disminuir (factor mitigador) la probabilidad de un juego concomitante.

En el proceso de elección no se llega a la decisión, en este caso, de jugar, después de un revisión exhaustiva de todas las variables relevantes para ulteriormente seleccionar la opción que promete la mayor utilidad percibida, sino que, por el contrario, es una elección pobremente organizada, técnicamente imperfecta y más motivada por la oportunidad y el empeño de una ganancia a corto plazo que por la anticipación racional de las consecuencias a largo plazo de la propia acción.

Cognición

Una vez que las decisiones se han tomado y el estilo de vida se ha instalado, se deben justificar dichas decisiones para proteger la autoestima, aún, frágil. A tal fin se desarrollan racionalizaciones, excusas y justificaciones que sustentan la determinación de una persona de iniciarse y mantenerse en el juego a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo.

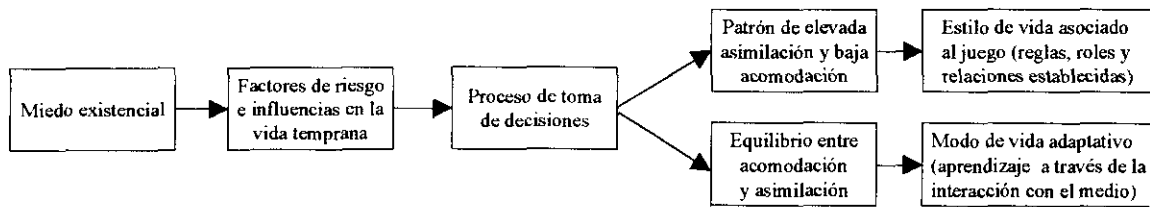


FIGURA 7.8. Modelo de Walters (1994).

En definitiva, este estilo de vida está en función de una compleja red de condiciones de vida, elecciones personales y estilos cognitivos (ver Figura 7.8.); cuya interacción proporciona cuatro estilos conductuales específicos que conforman el constructo denominado estilo de vida asociado al juego:

Pseudoresponsabilidad

Los individuos caracterizados dentro de este cluster dan la sensación de ser responsables al disponer de trabajo, pagar la mayoría de las cuentas y estar fuera de la cárcel; pero fracasan en el conocimiento de las necesidades psicológicas y emocionales de la familia, amigos, etc., debido a su preocupación con el juego. Tales rasgos irracionales irán aflorando más claramente a medida que progrese hacia estadios más avanzados de juego.

Auto-ascensión

Los individuos incluidos dentro de esta categoría se caracterizan por ser cada vez más dependientes del juego como medio para resolver problemas. Sea cual sea el problema, social, financiero o personal, el juego es la solución. Los cambios rápidos de euforia-disforia, asociados con las ganancias o pérdidas en los juegos de azar, son los mayores contribuyentes a esta auto-ascensión y al deseo de un sentido alterado de identidad y consciencia.

Hipercompetitividad

El estilo de vida está caracterizado por una forma extrema de competitividad interpersonal por la cual los individuos quieren ganar las apuestas, derrotar a los demás apostantes e incluso ser más astutos que los expertos. La búsqueda de esta dominación y poder, que no necesariamente tienen que ser dirigidos hacia otras personas, proporciona una sensación (*acción*) altamente gratificante y reforzante.

Reglas sociales (quebrantar/rodear)

La implicación en el juego reemplaza cualquier otro interés u obligación, de manera que el individuo está dispuesto a quebrantar o rodear las reglas sociales para lograr lo que más desea, esto es, la oportunidad de jugar.

La progresión del estilo de vida asociado al juego se desplaza por cuatro etapas:

Fase de pre-estilo de vida asociado al juego

Se caracteriza por una simple búsqueda del juego por motivos sociales (influencia de los pares), psicológicos (curiosidad) o físicos (búsqueda de sensaciones), y la creencia de que el juego puede ser una fuente de satisfacción y/o diversión. En este estado, el juego es simplemente una actividad más entre las muchas que el individuo puede elegir para conseguir excitación y gratificación inmediata. En este punto, bien se dejará de jugar, bien se aprenderá a jugar controlada o socialmente o, por el contrario, se avanzará hasta la siguiente etapa.

Fase inicial de implicación en el juego

Se caracteriza por un compromiso y preocupación creciente hacia el juego, funcionando bajo un incipiente estilo de vida asociado al juego y al ideal que representa.

Fase avanzada de implicación en el juego

Mientras que la tasa de remordimiento o arrepentimiento es alta durante la primera fase y moderada en la segunda, muy pocas personas dejan voluntariamente de jugar en este estadio avanzado; en el que el juego se convierte prácticamente en la única actividad interesante e importante para el individuo, que conducido por unas cogniciones centradas en los aspectos positivos de apostar, ignorando los negativos, penetra en un cortocircuito donde la deliberación racional se excluye a favor de la gratificación inmediata de la acción del juego. El cambio o salida de esta fase precisa la ejecución de unas consecuencias negativas inmediatas e intensas por la participación en esta actividad (por ejemplo, amenazas de separación por parte de la pareja, pérdida del trabajo, problemas judiciales), restricción de todas las ocupaciones asociadas con el estilo de vida y la disposición de un sólido apoyo social.

Fase de agotamiento/madurez

El modelo considera que se produce un giro con respecto a este estilo de vida, conforme se originan cambios de perspectiva como consecuencia del incremento de edad y la acumulación de efectos negativos; aunque también parecen existir jugadores que no llegan a este estado, a pesar de la edad, o lo hacen más tardíamente que lo teóricamente supuesto. En esta fase se dan dos procesos interrelacionados de agotamiento físico y de madurez psicológica; el primero de ellos referido al hecho de no experimentar la misma emoción al participar en actividades relacionadas con el juego, y el segundo, al comienzo de una reevaluación de la vida desde el punto de vista de un reajuste de prioridades y expectativas.

7.5. CONCLUSIONES SOBRE LOS MODELOS TEÓRICOS

Se dispone de múltiples modelos que en ocasiones comparten elementos comunes, como la activación o las distorsiones cognitivas, pero poco integrados y con explicaciones muy dispares; resultado, por otra parte, congruente con la dispersión de factores que se han visto implicados en el problema del juego. A

pesar de esta diversidad, se observa una tendencia progresiva hacia la eliminación de aspectos que, claramente, podrían conceptualizarse como rasgos de personalidad, en aras de acentuar el papel desarrollado por los estímulos ambientales asociados al juego.

El exceso de componentes que integran estos modelos se ve, además, limitado por unas pobres y débiles explicaciones funcionales entre los elementos que proponen. La identificación de relaciones funcionales causales se caracteriza, una vez más, por complejos entramados teóricos, que no han sido sometidos a la comprobación empírica y donde los factores implicados varían enormemente en contenido y funciones desempeñadas. Pero hay más, la identificación, especificación e importancia relativa de los objetivos y problemas planteados por tales modelos también es dispar, mientras que para algunos autores un juego excesivo constituye en sí el objeto central, para otros no es más que un síntoma que refleja la existencia de un trastorno primario subyacente. Si a ello le añadimos la ausencia completa de estimaciones acerca de la potencia relativa de las relaciones causales, la utilidad de estas teorías queda reducida a meras conjeturas que, en muchos casos, contravienen el principio de parsimonia que debe caracterizar a la ciencia, y que difícilmente pueden encauzar una intervención terapéutica.

En definitiva, parece necesario un modelo más completo, que integre los datos disponibles y permita avanzar explicaciones más precisas sobre la aparición y el mantenimiento de las conductas de juego y, sobre todo, que oriente mejor la actuación terapéutica y social (Labrador y Fernández-Alba, 1998). En este sentido, no está de más recordar los modelos analítico-funcionales propuestos por Haynes (1994), que ayudan a organizar los juicios clínicos y fomentan diseños de programas de intervención más racionales. Estos modelos se caracterizan por la:

1. Identificación y especificación de los objetivos y problemas conductuales.
2. Estimación de la importancia relativa de cada objetivo y problema conductual.
3. Estimación del tipo y la potencia de las relaciones entre los múltiples objetivos y problemas conductuales.
4. Estimación de las secuelas de los objetivos y problemas conductuales.
5. Identificación de las variables causales que afectan a los objetivos y problemas conductuales.
6. Estimación de la potencia de las relaciones causales.
7. Estimación de la modificabilidad de las variables causales.

INTERVENCIÓN

8

TRATAMIENTO

“Ahora, soy un hombre libre. No tengo dependencias, ni obsesiones, ni me inyecto la dulce droga del azar, en casinos de alfombras púrpuras y cortinas de seda” (Peri Rossi, La última noche de Dostoiévski)

Mientras que el jugador fue considerado “una persona aquejada por cierto vicio, entendiendo por vicio una mala costumbre... su problema era un asunto de ética, entendiendo por ética la relación entre aquello que alguien considera justo o bueno en sí y aquello que efectivamente hace. Nuestros padres, y mucho más nuestros abuelos, habrían quedado estupefactos si les hubiesen dicho que los jugadores compulsivos ya no eran personas aquejadas por un vicio sino por una enfermedad, pues prácticamente todas las culturas previas -y de manera especial la medicina científica- han distinguido con toda nitidez al vicioso del enfermo; el primero sucumbía al embate de alguna tentación, y el segundo al embate de alguna infección” (Escotado, 1992, p. 4). Sólo cuando adquirió la categoría de enfermedad, esto es, se equiparó tentación a infección, el problema pasó a ser un asunto de salubridad y comenzó el desarrollo de métodos paliativos. En esta corta historia de los tratamientos del juego patológico se puede identificar una evolución en cuatro fases (Labrador y Fernández-Alba, 1998):

1. En los momentos iniciales, al no existir modelos explicativos claros del problema, ni procedimientos específicos de intervención, se trata de asimilar el problema del juego patológico a otros trastornos para los que se dispone de tratamientos contrastados y de cierta eficacia. Reiteradamente equiparado con las adicciones, en especial el alcoholismo, y con el trastorno obsesivo-compulsivo, los tratamientos del juego patológico en esos primeros momentos se derivan de los empleados en estos trastornos.
2. También en estas primeras etapas suele utilizarse la estrategia de probar alguna de las diversas técnicas de las que se dispone para ver si resultan eficaces. El posible apoyo teórico al uso de estas intervenciones suele ser escaso, en parte porque también el conocimiento sobre el nuevo problema

es muy limitado. En estas circunstancias la mayor parte de las intervenciones son muy sencillas, y tras explicar el problema basándose en una o dos variables, el tratamiento se dirige a modificar esos aspectos concretos.

3. Conforme se desarrolla una investigación más completa y se van identificando las variables relevantes al problema, se pone de relieve la complejidad de este trastorno y, consiguientemente, los procedimientos de intervención comienzan a hacerse cada vez más complejos en el intento de abordar y controlar el conjunto de los diversos aspectos implicados. Aunque más eficaces, suelen ser intervenciones muy largas que incluyen elementos con frecuencia superfluos para, al menos, algunos casos.
4. La última fase se caracteriza por el desarrollo de programas de intervención relativamente estándares pero a la vez flexibles, de modo que puedan ajustarse a cada caso de acuerdo con las características y circunstancias particulares. Se observa además la aparición de programas autoaplicados y de carácter preventivo.

En la actualidad el tratamiento del juego patológico parece haber superado las dos primeras fases, encontrándose a caballo entre las dos últimas. A continuación se revisan los tratamientos utilizados, resumiendo los más típicos de esos primeros periodos para centrar la atención en los programas de intervención de mayor vigencia (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

Paso previo a la consideración de los tratamientos es establecer cuál debe ser el objetivo terapéutico: la abstinencia completa o un juego controlado o socialmente aceptable. En los primeros momentos se estableció la abstinencia como único objetivo o criterio de éxito debido, por una parte, a la importancia dada a la filosofía de los grupos de Jugadores Anónimos y por otra, a la consideración del juego patológico como una adicción más (Blaszczynski, 1993). Pero desde el éxito aparente de los tratamientos enfocados a una bebida controlada o a la reducción de la conducta de fumar, se ha defendido, al menos en algunos casos, el objetivo de un juego controlado; apoyándose en razones que resaltan la necesidad de crear una alternativa de tratamiento más atractiva para los jugadores, en especial en etapas tempranas del problema, así como en los momentos iniciales de la intervención, en los que el éxito en el uso controlado incrementaría el sentimiento de autoeficacia aumentando la probabilidad de que el paciente continúe con el tratamiento e incluso llegue a aceptar la abstinencia como objetivo último. De hecho, en el estudio de Dickerson et al. (1990b) se observa que los sujetos que elegían como objetivo terapéutico un juego controlado, dejaban de jugar completamente en mayor proporción que aquellos que se marcaban desde el inicio la abstinencia como meta final. Resultado que los autores atribuían a la dificultad con la que se encontraban para mantener esta conducta bajo control, lo que favorecía la decisión de dejar de jugar completamente. Una interpretación con la que no estarían de acuerdo Blaszczynski et al. (1991a), de cuyas investigaciones se extrae la conclusión de que el juego controlado no es una respuesta temporal que inevitablemente esté abocada a la pérdida de control subsiguiente. En cualquier caso, este nuevo criterio de éxito permitiría no sólo reducir las tasas de rechazo y/o abandono del tratamiento sino también un cambio en la consideración de lo que supone un episodio de juego tras el tratamiento, pasando a ser un escalón más a superar, frente a una señal de fracaso bajo la perspectiva de la abstinencia completa (Blaszczynski et al., 1991a).

Desgraciadamente, la defensa de una u otra postura cuenta con escaso apoyo experimental, no pudiéndose establecer, a partir de la investigación disponible, la superioridad de uno de estos dos planteamientos. Por eso, quizá la propuesta más idónea sea la de considerar como objetivo más habitual la abstinencia completa, si bien en algunos casos puede ser útil marcarse la meta de un juego controlado. Se hace necesario, en consecuencia, identificar las variables que permitan predecir si un jugador será capaz de mantener su conducta de juego dentro de unos parámetros predeterminados.

8.1. TRATAMIENTOS

8.1.1. Grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda más conocidos son los de *Jugadores Anónimos* (Gamblers Anonymous, G.A.), organización fundada en Los Angeles (California) en 1957, que inspirada en la estructura y en los principios de *Alcohólicos Anónimos* (A.A.), con sus Doce Pasos y Doce Tradiciones, concibe el juego patológico como una enfermedad crónica progresiva que puede ser detenida pero no curada; de manera que la participación futura en cualquier forma de juego va a conducir invariablemente a la pérdida de control y a la recaída. Sin embargo, sería un error concebir G.A. simplemente como un clónico de A.A., ya que existen diferencias destacables: (a) la espiritualidad no está tan presente en el programa de G.A., (b) la duración de las sesiones de G.A. es mayor, prolongándose hasta tres y cuatro horas, (c) en G.A. existe la *presión de desahogo* con el objeto de descubrir las mentiras y las deudas financieras ocultas (Browne, 1993; Lesieur, 1993).

La forma de acción de estos grupos de autoayuda implica reuniones en grupo semanales en las que cada jugador expone su caso, problemas y soluciones. En concreto, en los grupos de Jugadores Anónimos se suele proceder introduciendo la célebre fórmula de «Me llamo [...]. Soy un jugador compulsivo», tras la cual resaltan cuánto tiempo llevan sin jugar, todo ello adornado con la historia de un juego que ha interferido en sus vidas pasadas, y que tiene como colofón la enumeración de todo aquello que ha cambiado desde su adhesión a G.A. (Lesieur, 1990). De esta forma se fuerza al jugador a reconocer su problema y sus efectos, a la vez que se posibilita que cada jugador aprenda, a partir de la experiencia de otros, conductas adecuadas para hacer frente a las situaciones o conflictos que desencadenan la conducta de juego y a desenmascarar los mecanismos de autoengaño que frecuentemente se suscitan. Los grupos, además, constituyen una red de apoyo social que anima a sus miembros a continuar controlando su problema y al que pueden recurrir en momentos de dificultad (McCormick y Ramírez, 1988). G.A., como otros grupos de autoayuda *anónimos*, son acercamientos no profesionales (ex-jugadores) que se basan en la mezcla del modelo médico, del que adoptan el etiquetamiento, con un modelo espiritual (Lesieur, 1990).

Son escasos los datos que evalúan la eficacia de estos grupos de autoayuda, debido a que las características propias de tales organizaciones dificultan este tipo de estudio, en concreto (Echeburúa y Báez, 1990, pp. 138-139):

- A. El anonimato de los miembros dificulta el registro de los sujetos en cuanto al seguimiento individual de las recaídas, la duración total de la abstinencia, etc.

- B. Toda la información deriva de los autoinformes de los sujetos, pero esta fuente de información resulta pobre, más aún en el caso de las conductas adictivas.
- C. Los sujetos que forman parte de estos grupos pueden representar una muestra sesgada y no representativa del conjunto de los jugadores patológicos, ya que tienen una actitud positiva hacia este sistema y aceptan las normas vigentes en estos grupos. Aparte de no haber grupos de control, no se sabe si en estos sujetos se está midiendo la motivación para el tratamiento o la eficacia de esta modalidad terapéutica.
- D. Es difícil comprobar la fiabilidad o validez de los cuestionarios utilizados porque los miembros de los grupos son muy cambiantes en cada reunión: sujetos nuevos, miembros de otros grupos, asistentes esporádicos, sujetos que han experimentado una recaída recientemente, etc.

No obstante, las investigaciones realizadas al respecto señalan un elevado abandono desde las primeras sesiones, así en el estudio de Stewart y Brown (1988), sobre los grupos de G.A. en Escocia, se constata una pérdida del 22% de los sujetos tras la primera reunión, de casi el 50% tras la tercera y del 70% tras la décima. A lo que hay que añadir una eficacia del procedimiento, por otro lado, no muy elevada; ya que se consigue el éxito terapéutico (abstinencia total) en un 8% de los casos al cabo de un año y en un 7% al cabo de dos años entre los sujetos que se mantienen en seguimiento; cifra que ascendería a un porcentaje, tampoco muy halagüeño, del 20% si se adopta un criterio menos rígido (mejora sustancial).

Para algunas personas puede servir de ayuda participar en estos grupos, sin embargo su filosofía subyacente no es siempre la más adecuada ni resulta fácil de aceptar por todos. En concreto, considerar el problema como una enfermedad incurable puede llevar a concepciones negativistas al respecto que, además, desalienten a los jugadores ante los primeros fracasos o recaídas. Lemas como el de «soy un jugador, nunca dejaré de serlo», no parece la mejor manera de animar a una persona a intentar modificar sus conductas (a parte de ser una creencia falsa). Algunas indicaciones al respecto destacan que este programa puede ser de mayor utilidad en aquellos pacientes con una conducta de juego muy arraigada y con muchos problemas vinculados al juego patológico, pero no así en los pacientes que buscan ayuda en las primeras fases del problema (Echeburúa y Báez, 1990). Por otro lado, se suele señalar como positivo mantenerse en contacto con estos grupos después del abandono del juego con cualquier método, pues parecen útiles de cara a evitar posibles recaídas, aunque no resultan tan beneficiosos cuando éstas ocurren, por ello Jugadores Anónimos funcionará mejor con aquellos que no sufren recaídas o éstas son escasas (Brown, 1987c).

Muchas de estas terapias de autoayuda desarrollan un grupo paralelo de apoyo para los familiares del jugador y en algunas ocasiones, las dos terapias se realizan conjuntamente a pesar del riesgo que supone el que se conviertan en reuniones centradas exclusivamente en las hostilidades. La contrapartida de G.A. es Gam-Anon que nace con el propósito de que los familiares hagan frente a sus sentimientos de culpa, aprendan a establecer prioridades, planes y consigan cubrir sus necesidades (Lesieur y Custer, 1984). Una participación de esposas, familiares... que por los datos extraídos de Johnson y Nora (1992) contribuye a prolongar la duración de la abstinencia. Quedaría por aclarar si el mero hecho de acudir a una reunión resulta igual de beneficiosa que la participación activa.

8.1.2. Terapia farmacológica

La aplicación de los psicofármacos al tratamiento del juego patológico deriva, no tanto de desarrollos teóricos, como de intuiciones clínicas (por ejemplo, la presencia de estados de ánimo alterados en los jugadores o el parecido entre las conductas de juego y las obsesivo-compulsivas), aunque su justificación se apoya en la supuesta existencia en los jugadores patológicos de un trastorno químico subyacente relacionado con el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales y, fundamentalmente, con un déficit de serotonina (ver apartado 5.3.2.).

Los trabajos podrían agruparse en tres bloques, atendiendo al tipo de intervención farmacológica:

- A. Basándose en la presencia de conductas de juego en ciertos episodios maníacos de los trastornos bipolares, Moskowitz (1980) utilizó carbonato de litio (600 mg.) (Ochoa y Labrador, 1994) y Bellaire y Caspari (1992) neurolépticos en estudios de casos clínicos. Los pacientes de estos estudios solían adoptar conductas de juego descontrolado en las fases maníacas, y con una intervención farmacológica encaminada al control del trastorno bipolar cabe suponer que las conductas de juego disminuían al reducirse los episodios maníacos. Por ello resulta realmente difícil generalizar estos resultados a otras conductas de juego que no se den en el marco de un trastorno bipolar, de hecho Bellaire y Caspari (1992) aplican psicofármacos sólo al subgrupo de su muestra que presenta trastornos psiquiátricos severos, en los que el juego es un síntoma más.

Probada su utilidad en el tratamiento de otros trastornos del control de los impulsos, de ansiedad o en trastornos bipolares a través de sus efectos en el sistema noradrenérgico, Haller y Hinterhuber (1994) aplican la carbamazepina en un estudio de caso único consiguiendo la abstinencia con una dosis diaria de 600 mg.

- B. Apoyándose en la supuesta similaridad entre el juego patológico y el trastorno obsesivo-compulsivo, se ha recurrido a la medicación aplicada a estos últimos, como la clomipramina y la fluoxetina (bloqueadores de la recaptación de la serotonina) (Hollander et al., 1992) o la fluvoxamina (un antidepresivo con efectos potentes sobre la transmisión serotoninérgica) (Saiz, 1992; citado en Ochoa y Labrador, 1994); con resultados dispares, pues mientras que se consiguió la abstinencia aplicando la clomipramina (125/150mg diarios) a un sujeto, los efectos derivados de la utilización de la fluvoxamina no difieren mucho de los de un placebo (Bombín, 1992b).
- C. Amparándose en la hipótesis de que el juego es una adicción no ligada al uso de sustancias, pero en la que se da una sobreproducción de endorfinas que desempeña un papel determinante en su génesis y mantenimiento, se ha utilizado naltrexona (un antagonista de los derivados del opio que bloquea los receptores opiáceos) con una tasa de abstinencia a los diez meses del 56% (Turón et al., 1990; citado en Ochoa y Labrador, 1994). Un estudio más reciente (Crockford y el-Guebaly, 1998) retoma esta hipótesis aplicando naltrexona a un sujeto que se mantiene abstinentes durante un mes; sin embargo, la escasa duración del seguimiento, así como la presencia conjunta

de un problema de alcohol y la prescripción previa de fluoxetina, imposibilitan la extracción de conclusiones sobre la eficacia de esta sustancia.

Es difícil pronunciarse sobre los resultados de estos procedimientos de intervención, ya que el número de estudios realizados es muy escaso, la mayoría no reúnen las condiciones metodológicas necesarias y a veces se aplican junto a programas de psicoterapia lo que no permite distinguir los efectos específicos del fármaco. No obstante, la falta de un fundamento teórico más sólido que el *parecido con* un determinado trastorno para su aplicación, pone en entredicho su idoneidad. No se sabe cuáles son las vías de actuación por las que estos fármacos pueden reducir las conductas de juego, ni si los déficits en serotonina son causa o efecto del juego patológico. Además se parte del supuesto, en absoluto aceptable, de que la terapia farmacológica per se es *la alternativa* de tratamiento en los trastornos bipolares, obsesivo-compulsivos o adictivos.

En líneas generales, se constata en este tipo de acercamientos una trivialización del problema del juego patológico. Por mucho que estén presentes alteraciones bioquímicas, no se pueden soslayar aspectos de gran relevancia, como los factores de aprendizaje, las distorsiones cognitivas, las deudas, la insatisfacción de vida, las dificultades a nivel familiar, laboral, etc., que contribuyen a mantener las conductas de juego patológico y cuyo abordaje en el proceso terapéutico resulta ineludible. Además, este tipo de tratamiento facilita una actitud *pasiva y mágica* por parte de los jugadores, actitud poco adecuada para una implicación personal en el proceso de cambio: «si con unas pastillas se *cura* la ludopatía, ¿para qué comprometerse con un tratamiento psicológico, generalmente largo y que en las primeras fases supone momentos de auténtico esfuerzo?» (Bombín, 1992a).

8.1.3. Técnicas aversivas

A partir de la supuesta analogía entre el juego patológico y otras conductas adictivas se procedió, en ciertos casos, a la utilización de procedimientos aversivos, con el objeto de que las conductas de juego perdieran parte de su atractivo.

Los trabajos que han utilizado técnicas aversivas como procedimiento único para reducir las conductas de juego son escasos, la mayoría muy antiguos y están referidos a estudios de casos, como los de Barker y Miller (1968), Goorney (1968) y Koller (1972). En algún trabajo posterior también se ha aplicado Sensibilización Encubierta o se han incluido las diversas técnicas aversivas dentro de programas multicomponentes variados (Cotler, 1971; Bannister, 1977; Greenberg y Ranking, 1982). El modo habitual de proceder en estas intervenciones consiste en asociar una descarga eléctrica a las conductas de juego de acuerdo con los principios del Condicionamiento Clásico. Conductas de juego tan variadas como usar una máquina recreativa (Barker y Miller, 1968), hojear las páginas de apuestas del periódico (Goorney, 1968; Seager, 1970), observar los resultados en un centro de apuestas, una partida de cartas o una ruleta (Seager, 1970), mirar una película protagonizada por el propio jugador en un centro de apuestas (Barker y Miller, 1968), realizar apuestas por teléfono (Goorney, 1968) o en un casino (Cotler, 1971).

Se han realizado dos estudios, más recientes y controlados, con el objeto de determinar la eficacia diferencial de la terapia aversiva en el tratamiento del juego patológico (McConaghy et al., 1983; 1991); con unos resultados desalentadores, pues en ningún caso se consigue la abstinencia y el porcentaje de

jugadores que controla o ha reducido su conducta de juego no supera al obtenido con las otras técnicas utilizadas (Desensibilización Sistemática, exposición o relajación).

En la actualidad, aunque en algún caso se incluyan técnicas aversivas (especialmente Sensibilización Encubierta) dentro de programas multicomponentes, es muy raro su uso, en especial cuando el objetivo es el juego controlado. No en vano se considera, tan importante como conseguir que un jugador patológico deje de jugar, el que modifique otra serie de conductas directamente implicadas en el juego (distorsiones cognitivas, control de la activación fisiológica...) o asociadas al problema (mejora de su implicación y rendimiento laboral, desarrollo de conductas de ocio alternativas, mejora en las relaciones familiares y sociales...).

8.1.4. Técnicas de exposición

Desensibilización Sistemática

Lógicamente los tratamientos se han hecho eco de la activación fisiológica, ese factor que, de forma reiterada, ha sido asociado con las conductas de juego, bien como un hecho descriptivo, bien desempeñando su papel funcional en el contexto clásico u operante, o bien inmerso en el proceso más elaborado del mecanismo de ejecución conductual (ver apartados 5.4.1., 5.4.2. y 5.5.). Será en esta última hipótesis y en el condicionamiento clásico donde encuentren cobijo la Desensibilización Sistemática (D.S.) y las técnicas de relajación.

El grupo de McConaghy, en Australia, ha utilizado con profusión la D.S. en imaginación, basándose en la hipótesis del mecanismo de ejecución conductual como teoría explicativa del mantenimiento del juego. Desde esta perspectiva, un procedimiento que permita al jugador manejar o disminuir su nivel de tensión/activación, como la D.S., sería eficaz para reducir su conducta de juego. Comparado con la exigua eficacia de las técnicas aversivas, McConaghy et al. (1983) informan de unos resultados claramente superiores al tratar a jugadores patológicos con D.S. en imaginación (20% abstinentes y un 50% con un juego controlado). Resultados similares obtuvieron McConaghy et al. (1988) al aplicar D.S. y relajación en dos muestras distintas. Ambas modalidades terapéuticas se mostraron eficaces en la reducción del impulso de jugar y de la conducta de juego (con tasas de éxito total o parcial del 50% a los que se les aplicó D.S. y del 70% de los casos que fueron entrenados en relajación al cabo de un año de seguimiento), así como en la disminución del grado de ansiedad; pero no hubo diferencias significativas entre ellas.

En un reanálisis de los estudios realizados por estos autores (McConaghy et al., 1991), en los que se habían aplicado diversas técnicas conductuales (D.S., exposición breve y prolongada, terapia aversiva y relajación), se encontró una diferencia significativa a favor de la D.S. como intervención que conseguía un porcentaje mayor de éxito (un 78% de abstinencia o juego controlado frente a un 53% conseguido con cualquiera de las otras técnicas) en el seguimiento medio de cinco años. Unos resultados muy positivos pero que se ven ensombrecidos por la mortandad experimental sufrida a lo largo del seguimiento y que asciende a la mitad de la muestra.

Hay que destacar el rigor metodológico de unos estudios controlados, que son la excepción más que la norma, en el panorama del tratamiento del juego patológico. No obstante, si se aplica este tipo de tratamiento, en exclusiva, es de prever que no se abarquen todos los aspectos implicados en el problema del juego. Es cierto que se puede controlar la ansiedad, y que así se puede reducir la conducta de juego patológico en momentos de tensión o activación elevada, pero a veces dicha conducta puede llevarse a cabo sin una tensión especial, de forma automática y, por otro lado, este acercamiento no permite manejar otros aspectos como los sesgos cognitivos o la mejora de las relaciones familiares, laborales o sociales. En definitiva, puede ser un procedimiento adecuado para reducir en algunos momentos o en ciertas personas la conducta de juego, pero necesita ser complementado con otros tratamientos que aborden el resto de los aspectos implicados.

Exposición con prevención de respuesta

Parece razonable afirmar que se puede controlar la conducta de juego si se aprende a emitir conductas alternativas a la misma cuando la persona se enfrenta a las situaciones en las que antes jugaba. El procedimiento consiste en exponer al jugador a las situaciones que desencadenan su conducta de juego, pero en condiciones en las que ésta no pueda llevarse a cabo, y se faciliten conductas alternativas (González, 1989). El objetivo se centra en conseguir que se produzca la habituación ante los estímulos que anteceden a la conducta de jugar y por tanto la extinción de la misma, favoreciendo que la persona haga algo distinto en las situaciones que venían desencadenando sus conductas de juego.

Alternativamente, se han desarrollado procedimientos basados en evitar los estímulos asociados al juego (por ejemplo, evitar las *rutas peligrosas*, no llevar apenas dinero encima, no utilizar tarjetas de crédito...), una técnica que en algunos casos se ha aplicado con el objeto de conseguir un juego controlado, como en los estudios de Dickerson y Weeks (1979) y Rankin (1982) que utilizan satisfactoriamente el control de estímulos con el apoyo del cónyuge.

Ambas técnicas parecen compatibles puesto que se puede comenzar con este control estimular mientras se realizan las tareas de exposición, para posteriormente, al ir adquiriendo habilidades para hacer frente a estas situaciones, eliminar gradualmente el citado control estimular. La combinación de estas dos técnicas se ha llevado a cabo en un número destacado de programas más o menos complejos (Greenberg y Rankin, 1982; Sharpe y Tarrier, 1992), fundamentalmente estudios de casos realizados en España (González et al., 1990b,c; Aranda et al., 1991; Arribas y Martínez, 1991; Báez y Echeburúa, 1995); ofreciendo resultados esperanzadores. En cualquier caso, la aplicación de técnicas de exposición con prevención de respuesta en problemas de juego es relativamente reciente y, quizá, su uso se deba al éxito obtenido en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos y en los problemas de ansiedad.

Pero, al igual que se comentaba con las técnicas de reducción de ansiedad, parecen procedimientos eficaces para conseguir controlar sólo alguno de los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego, por lo que su utilidad queda restringida al objetivo específico para el que se ha creado. El resto de los factores, que parecen intervenir en el mantenimiento de la conducta de juego, tendrán que ser controlados mediante otro tipo de procedimientos.

8.1.5. Terapia cognitiva

A pesar de la relevancia concedida a las distorsiones cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de las conductas de juego, son pocos los trabajos publicados que lleven a cabo un tratamiento dirigido a modificar y controlar tales sesgos, y por lo general quedan inmersos en amplios programas multimodales en los que resulta difícil determinar el alcance específico de este tipo de intervención (Blaszczynski y Silove, 1995). De manera que la discusión sobre las leyes del azar se ha visto acompañada de un amplio elenco de técnicas, entre las que destacan el control de estímulos, la exposición con prevención de respuesta, terapia en grupo, programación de actividades alternativas, manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas o prevención de recaídas (Aranda et al., 1991; Sharpe y Tarrier, 1992; Sylvain y Ladouceur, 1992; Bujold et al., 1994; Ladouceur et al., 1994a; Sevilá y Pastor, 1996; Sylvain et al., 1997). Programas multimodales aplicados en estudios de casos, fundamentalmente N=1, lo que acrecienta aún más la imposibilidad de extraer alguna conclusión sobre la eficacia de la terapia cognitiva orientada a jugadores patológicos.

Por ende, las escasas investigaciones en las que el protocolo terapéutico se centra, exclusivamente, en las distorsiones cognitivas se ha aplicado en muestras que no permiten la generalización de sus prometedores resultados a la población de jugadores patológicos, pues mientras que en el trabajo de Toneatto y Sobell (1990) se aplica la terapia cognitiva de Beck a un caso de juego patológico con un historial añadido de alcoholismo y agresión sexual, en los realizados por el equipo de Ladouceur predominan los sujetos análogos.

La intervención cognitiva propuesta por Ladouceur y colaboradores (Ladouceur et al., 1988a; 1989) comprende seis fases (para una descripción detallada ver epígrafe 8.1.7.): (a) análisis de los hábitos de juego, (b) información sobre el juego, (c) explicación de la noción de irracionalidad, (d) identificación de los pensamientos irracionales, (e) comprensión de la noción de racionalidad, (f) corrección cognitiva. De sus trabajos (Ladouceur et al., 1988a; 1989; Savoie y Ladouceur, 1995) se desprende que:

1. El número de verbalizaciones irracionales disminuye mientras que las verbalizaciones racionales aumentan significativamente durante la intervención y el cambio se mantiene en el seguimiento.
2. La intensidad de los hábitos de juego afecta a la modificación de las cogniciones erróneas del sujeto, de manera que las verbalizaciones irracionales persisten con mayor fuerza entre los jugadores con unos hábitos de juego más marcados. Este hecho indicaría la necesidad de prolongar la intervención en estos sujetos. Asimismo, los autores sugieren que la corrección cognitiva por sí sola podría no ser suficiente para eliminar estas creencias, y proponen verificar “in vivo” el fundamento de estos pensamientos tomando nota de los resultados de cada apuesta. Además, pudiera ser que ciertas verbalizaciones irracionales (aquellas que hacen referencia a la intuición y la superstición) fueran más difíciles de eliminar, al menos en relación con ciertos juegos en los que el principio de independencia entre las jugadas resulta menos evidente.

3. La corrección cognitiva elimina las verbalizaciones inadecuadas, pero no suprime totalmente los hábitos de juego.
 - *Juego de ruleta*. La disminución de las verbalizaciones irracionales está parcialmente asociada a una estabilización de la toma de riesgo monetario, pues aunque el número de fichas apostadas en cada juego es estable, las apuestas múltiples aumentan a pesar de la corrección de las percepciones erróneas de los sujetos.
 - *Juego de video-poker*. La frecuencia de juego suele disminuir, aunque no siempre se consigue la abstinencia, y además en algunos casos permanece estable, sin que se produzcan cambios significativos entre el pre y el postratamiento.
4. No se producen cambios significativos en el nivel de motivación hacia el juego.

En el único estudio en el que este tipo de técnica cognitiva se aplica, como componente exclusivo de la intervención, a sujetos diagnosticados de juego patológico (Ladouceur et al., 1998), se obtiene una tasa de abstinencia del 60% a los seis meses de haber finalizado el tratamiento. Unos resultados que, a pesar de ser esperanzadores, deberán corroborarse en sucesivas investigaciones cuyos diseños permitan el análisis de la eficacia diferencial, prestando, además, especial atención al tamaño muestral, a su configuración y a la duración del seguimiento.

8.1.6. Otros procedimientos específicos

El objetivo de este apartado es recoger algunas intervenciones alternativas a las expuestas y que se han utilizado de forma esporádica.

Terapia de grupo

Como consecuencia, quizá, de la tradición de que disponen los tratamientos en grupo en el campo de las adicciones, a su vez resultado de la popularidad de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos o Jugadores Anónimos; o quizá, debido a la dificultad para manejar en una intervención individual conductas tan características de este trastorno como la negación del problema y/o las mentiras; algunos autores (Lesieur y Custer, 1984; Custer y Milt, 1985; González, 1989; Bombín, 1992a) proponen la terapia de grupo como un modo efectivo de tratar el juego patológico. Ya sea sola o en combinación con otras intervenciones terapéuticas, en muchos casos se informa de la ventaja que supone para el mantenimiento del control sobre el juego el asistir con regularidad a unas reuniones de grupo, cuyo máximo interés parece residir en que proporcionan un importante apoyo social y proveen de modelos de actuación a los jugadores durante el tratamiento y, en especial, en momentos posteriores para el mantenimiento del control del juego.

El contenido específico de las sesiones de grupo es muy dispar. Desde los ya comentados grupos de autoayuda, como Jugadores Anónimos, donde se hace hincapié en la exposición de la historia personal de juego, los problemas y las posibles soluciones; hasta sesiones más técnicas, como las que proponen

McCormick y Ramírez (1988) en el control grupal de las creencias irracionales o el grupo de González (González et al., 1990b; Mercadé et al., 1990) al aplicar varias técnicas como contrato terapéutico, control de estímulos, exposición en vivo con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, programación de actividades alternativas, solución de problemas o prevención de recaídas. González et al. (1990b) ofrecen los resultados de un tratamiento grupal basado en técnicas conductuales: un 83% de abstinentes y un 17% que han sufrido alguna recaída, datos que si no fuera porque han sido tomados en los cuatro primeros meses de tratamiento y no durante el seguimiento, además de no tener en cuenta los abandonos (37%), serían francamente prometedores. Estos mismos autores (González et al., 1990c) proporcionan los datos de un tratamiento que combina la terapia individual (técnicas específicas) con la grupal (inespecífica), cuyos resultados, también durante el tratamiento, no son tan floridos: el 16% había sido dado de alta al año de abstinencia con un 48% que había abandonado el tratamiento.

En consecuencia, se hace necesario estudios más precisos que determinen los componentes que deben incluirse en este tipo de intervenciones y su eficacia diferencial con respecto a la terapia individual.

Técnicas de autocontrol para las conductas de juego

“Quizás el mensaje más importante para aquellos que juegan, o desean controlar el juego, o quieren ayudar a otros con problemas de juego, es que el mecanismo concreto por el cual se llega a un punto crítico no es consecuencia de una deficiencia en la personalidad sino de una relación defectuosa entre la estrategia de juego, por un lado y la manera de administrar el dinero, por otro” (Oldman, 1978, pp. 369-370; citado en Rosecrance, 1989). Cuando el objetivo es un juego controlado, puede ser útil enseñar a los jugadores patológicos a jugar de forma más adecuada, es decir, con cierto autocontrol sobre sus conductas de juego. Quizá las personas más indicadas para llevar a cabo esta tarea sean, más que terapeutas, jugadores que controlan sus conductas de juego y para los que, por tanto, esta actividad no constituye una fuente de problemas. Por un lado, tendrían un acceso más directo al problema (conocen mejor el ambiente, dificultades, estrategias, contacto más cercano con el jugador...) y por otro, podrían enseñarles sus estrategias de juego a fin de autocontrolar la forma de jugar.

Partiendo de esta idea, Rosecrance (1988) ha propuesto un programa de autocontrol con el apoyo de jugadores activos no problemáticos, que incluye estrategias de autocontrol, como las de distanciarse temporalmente del ambiente de juego, disminuir la cantidad de las apuestas, especializarse en un determinado tipo de apuestas sin jugar a todo, etc.; junto con técnicas de autocontrol, tales como mantener un control preciso de las apuestas diarias, especificar exactamente cómo se va a disponer de las ganancias y establecer una unidad de apuesta concreta. Las estrategias son diferentes para cada sujeto según las características puestas de relieve en el análisis conductual. La propuesta parece interesante aunque apenas hay información sobre la eficacia real de este tipo de intervención, ni en qué casos puede ser adecuada.

8.1.7. Programas multicomponentes

Los programas de intervención expuestos hasta ahora tienen dos limitaciones básicas: se centran sólo en alguno de los múltiples factores que mantienen la conducta de juego y se limitan a la supresión de la

conducta de juego, dando escasa relevancia a problemas asociados y concomitantes (familiares, de pareja, económicos, laborales, relaciones sociales...) al suponer que tales dificultades se solucionarán al eliminar la conducta de juego; pero en muchos casos, en lugar de desaparecer actúan como factores precipitantes de episodios de recaída.

Como alternativa a tan ceñidas intervenciones, se han desarrollado una serie de programas multicomponentes que incluyen distintas técnicas según los objetivos específicos que persigan, por lo que son programas de muy variada índole, que tienen en común un abordaje más completo de la complejidad del problema del juego patológico.

Programas aplicados en régimen de internamiento

Los primeros programas multicomponentes fueron los desarrollados en régimen de internamiento. Aunque generalmente el tratamiento del juego patológico no requiere hospitalización, con los costes y dificultades que esto acarrea, en algunos casos, como pueden ser aquellos jugadores que carecen de un sistema de apoyo familiar o social, con ideas de suicidio, o con una desorganización especialmente grave de sus conductas debido a múltiples dependencias (alcohol, drogas, juego), el tratamiento en régimen de internamiento podría estar indicado (Lesieur y Custer, 1984; Peck, 1986; Nora, 1989).

Se reseñan los siguientes programas de tratamiento:

Brecksville Unit of Cleveland Veterans Administration Medical Center (Ohio, EE.UU.)

Creado en 1972, se convierte en el primero de su tipo desarrollado en EE.UU, con un objetivo triple: (1) la abstinencia del juego, (2) la reducción del impulso de jugar, (3) el restablecimiento de un funcionamiento social adecuado. Un programa sumamente estructurado de treinta días que incluye la evaluación, presentaciones didácticas sobre la adicción y la educación para la salud, terapia de grupo, y la participación regular en las reuniones de Jugadores Anónimos en el mismo hospital. Circunscrito a una unidad de alcoholismo, y apoyado en el elevado porcentaje de jugadores que además tienen problemas de alcohol, en la evolución similar de ambos trastornos, en la filosofía compartida por Alcohólicos y Jugadores Anónimos, y en la posible generalización de la intervención en problemas de alcohol al juego; los programas se realizan conjuntamente para los pacientes con problemas de juego y de alcohol (a excepción de la terapia de grupo y la asistencia a G.A). El alta del hospital viene acompañada de una cuidadosa planificación de la recuperación financiera, de un seguimiento profesional y del contacto con Jugadores Anónimos. Los resultados (Russo et al., 1984) señalan alrededor de un 67% de abstinencia a los seis meses y de un 55% al año de seguimiento, aunque la elevada mortandad experimental a lo largo del seguimiento (52%) restringe estos datos a un 32% y a un 26% de abstinencia a los seis y doce meses, respectivamente. En un estudio posterior (Taber et al., 1987), con una tasa de pérdida del 14% a los seis meses y del 32% al año de seguimiento, se obtuvieron mejores resultados al alcanzarse un porcentaje de abstinencia del 48% y 38%, respectivamente. Un criterio de éxito que correlaciona con la mejora de la calidad de vida, que comprende el funcionamiento laboral, la situación financiera, el nivel de depresión y las relaciones interpersonales.

Johns Hopkins Center for Pathological Gambling (Maryland, EE.UU)

Creado en 1979, se configura como el primer centro de los EE.UU para el tratamiento del juego patológico abierto al público general. Este centro proporciona dos tipos de programas (Politzer et al., 1985):

- Régimen de internamiento. Programa residencial intensivo de cuarenta horas de terapia a la semana durante un periodo de quince días. Su función principal consiste en informar a los jugadores sobre la naturaleza de su enfermedad, instituir las bases de la rehabilitación para, posteriormente, transferir a esos pacientes a un tratamiento ambulatorio y/o a Jugadores Anónimos.
- Régimen ambulatorio. Programa que incluye, con una frecuencia semanal, todo el proceso de evaluación y diagnóstico, seguido de una intervención en crisis, establecimiento del plan de recuperación junto con terapia grupal/familiar.

Adicionalmente, el centro ofrece asesoramiento legal y financiero así como tratamiento para la familia del jugador. La tasa de abstinencia ronda el 80% en el programa en régimen de internamiento a los seis meses de haberlo concluido, y del 90% en aquel con carácter ambulatorio durante una media de seis meses. Teniendo en cuenta que la efectividad del tratamiento se valora cuando éste todavía no ha finalizado y que sólo se toman en consideración los sujetos que se mantienen en terapia (la mitad de la muestra), no resulta extraño la obtención de unos datos tan abultados. Un estudio posterior (Hudak et al., 1987) que ofrece resultados sobre el seguimiento entre los 4-8 años, aporta unos datos más realistas al hablar de un 30% de abstinentes entre los sujetos con los que se ha podido contactar (n=26), cifra que se reduciría al 8% de la muestra inicial (N=99).

Alcoholism, Chemical Dependency and Compulsive Gambling Services at South Oaks Hospital (New York, EE.UU)

Hospital que, desde 1983 ha realizado un screening sistemático de juego patológico entre sus pacientes con adicción al alcohol y/o sustancias psicoactivas, enmarca el programa de tratamiento del juego patológico en una unidad de toxicomanías con pacientes que presentan múltiples dependencias. Una intervención que incluye psicoterapia individual y de grupo, educación sobre los efectos del alcohol, del juego y de las drogas, así como terapia de apoyo a la familia, psicodrama y asistencia a las reuniones de Alcohólicos, Narcóticos y Jugadores Anónimos y programas de asistencia de empleo. Los resultados estiman una tasa de abstinencia del 64% (seguimiento entre seis y catorce meses), si bien, considerando los abandonos desciende a un 38%. Aunque la reducción en el juego va acompañada de una mejoría en otros problemas de alcohol o drogas y en aspectos legales, familiares y sociales; el área laboral no parece sufrir cambios al finalizar el tratamiento (Blume, 1986; 1989; Lesieur y Blume, 1991b).

Therapiezentrum Münzesheim Kraichtal (Alemania)

En 1985, Schwartz y Lindner (1992) comienzan a aplicar un programa con una duración de cuatro meses que, desarrollado asimismo en una unidad de toxicomanías, incluye psicofármacos, terapia de grupo, tratamiento individual, terapia ocupacional, laborterapia, hidroterapia, relajación, ejercicio físico, terapia de grupo familiar, terapia cognitiva y educación para la salud; junto con la asistencia a un grupo de terapia especial para jugadores. Los autores establecen la abstinencia en un 59% y 52% en el primer y segundo año, respectivamente; pero la tasa de abstinencia real, considerando abandonos y sujetos no contactados, es de un 50% al cabo de un año y de un 22% a los dos años.

Además de las correcciones a la baja en la tasa de eficacia de los programas multicomponentes, tres consideraciones parecen oportunas: (a) una proporción importante de sujetos padecen múltiples adicciones, (b) el prolífico número de componentes que constituyen las terapias multimodales impiden la identificación de los ingredientes principales que contribuyen a la mejora, (c) dado el alto coste que supone mantener internado entre uno y cuatro meses a los pacientes, la relación coste/eficacia parece baja (Blaszczynski, 1993).

Programas aplicados en régimen ambulatorio

En la actualidad, la alternativa de tratamiento que parece más recomendable es la de programas multicomponentes en régimen ambulatorio. Unas intervenciones que pueden elegir, de entre las técnicas comentadas con anterioridad, los componentes más indicados en cada caso. Entre la consiguiente pluralidad y heterogeneidad de tales intervenciones, dos programas destacan por su descripción detallada de los tratamientos propuestos y, fundamentalmente, por la comprobación experimental de su eficacia: el desarrollado por el equipo de Ladouceur en Canadá y el propuesto por el grupo de Echeburúa en España.

Programa de la Universidad de Laval (Québec, Canadá)

El tratamiento desarrollado por el equipo de Ladouceur es un programa de amplio espectro, dado que aborda diferentes conductas y problemas del jugador patológico, si bien se centra fundamentalmente en los aspectos cognitivos del problema. Dicho programa ha ido creciendo en complejidad, pues de la incipiente combinación de la reestructuración cognitiva con la prevención de recaídas (Sylvain y Ladouceur, 1992), se pasó a la introducción de la solución de problemas (Bujold et al., 1994), para finalmente completarlo con el entrenamiento en habilidades sociales (Ladouceur et al., 1994a; Sylvain et al., 1997). La aplicación de los cuatro componentes supone una duración media del programa de 16.7 horas, con un máximo de 30 horas de tratamiento. El objetivo de llegada es la abstinencia completa, no porque sea el objetivo prefijado, como comenta el autor, sino porque una vez concluida la intervención el jugador ha perdido todo el interés en jugar. A continuación se describen las técnicas y fases de que consta este tratamiento.

1. Reestructuración cognitiva

Punto de partida es la pregunta de por qué juega una persona y arriesga su dinero en un juego controlado por el azar en el que siempre va a haber más probabilidades de perder que de ganar. La respuesta que avanza Ladouceur es que ha debido entrar en funcionamiento alguna distorsión cognitiva por la que el jugador tiene *sensación de control*, piensa que tiene una estrategia para poder vencer al azar. El objetivo primero es conseguir modificar esta distorsión cognitiva, para lo cual se llevan a cabo los siguientes pasos:

- *Análisis de los hábitos de juego*

El objetivo de esta primera etapa es delimitar el perfil detallado de los hábitos de juego del sujeto. Además, deben indicar si perciben el juego determinado fundamentalmente por el azar o por la habilidad.

- *Información sobre el juego*

Se explica el concepto de azar: (a) el principio de independencia en los eventos aleatorios, (b) la inexistencia de estrategias que controlen los resultados, (c) la expectativa negativa de ganancia, (d) la imposibilidad de controlar el juego.

- *Explicación de la noción de irracionalidad*

El terapeuta aclara cómo la familiaridad o exposición directa con un juego de azar entraña un aumento de la toma de riesgo monetario, y cómo la participación activa en un juego de azar suscita una percepción mayor de control. En definitiva, muestra la importancia de los pensamientos irracionales en el mantenimiento de la conducta de juego y explica las diferentes categorías de las verbalizaciones irracionales.

- *Identificación de los pensamientos irracionales*

El objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos, para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea-base con el método de pensar en voz alta³. Se le dan instrucciones para que señale e identifique cada verbalización errónea, sirviendo el terapeuta como modelo en los primeros momentos, de forma que la audición se va repitiendo varias veces con el objetivo de que el jugador vaya aprendiendo a identificar un número cada vez mayor de pensamientos erróneos. Para finalizar esta etapa se debe conseguir el criterio de un 80% de verbalizaciones inadecuadas identificadas.

- *Comprensión de la noción de racionalidad*

Se explican las diferentes categorías de verbalizaciones racionales. El terapeuta se asegura de la comprensión del concepto de irracionalidad en los juegos de azar.

- *Corrección cognitiva*

El terapeuta corrige algunas de las verbalizaciones irracionales emitidas por el jugador. Después será el propio jugador el que reemplace sus verbalizaciones inadecuadas por otras más adecuadas, para ello el terapeuta detiene la grabación que se esté escuchando y pide al sujeto reemplazar cada una de las verbalizaciones erróneas.

También se le mandan registros para casa, en concreto se le pide que registre todas las veces que piensa en el juego y que anote qué cosas se dice a sí mismo, cuáles son adecuadas y cuáles no. El objetivo, de nuevo, es que centre su atención en identificar si piensa que el azar controla

³ Procedimiento que consiste en entrenar al jugador en identificar y expresar en voz alta sus pensamientos mientras juega.

el juego o por el contrario sigue creyendo que existe una relación causa-efecto entre sus acciones y el resultado de un juego. Una vez identificado el pensamiento erróneo debe decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».

Al final de esta fase se produce una disminución o estabilización de las verbalizaciones inadecuadas, así como un aumento o estabilización de las adecuadas, para ello será necesario dedicar entre cinco y seis horas aproximadamente, según los jugadores.

2. Solución de problemas

Se explica la relación potencial que existe entre unas habilidades de solución de problemas pobres y la inmersión en actividades de juego. El interrogante que se plantea es: ¿Qué otras cosas podría hacer, en lugar de jugar, para hacer frente y solucionar mis problemas de pareja, laborales... o de activación? Se procede entonces a desarrollar la técnica de solución de problemas (D’Zurilla, 1986; Goldstein, 1988; citados por los autores). Esta consiste, en líneas generales, en establecer una forma de proceder estándar que permita definir de manera operativa los problemas, generar múltiples soluciones alternativas, establecer criterios para la valoración de estas soluciones alternativas, seleccionar las más adecuadas y comprobar su eficacia. Esto es, establecer una forma de proceder que le ayude a afrontar esas dificultades que pueden llevarle a jugar, desarrollando alternativas mucho más eficaces para solucionar sus problemas cotidianos. Asimismo, se enfatiza el desarrollo de nuevas actividades sociales con el objeto de proporcionar al jugador diferentes fuentes de reforzamiento social, y con respecto a la solución de los problemas económicos, se elabora un presupuesto y un plan de devolución de deudas. Una fase que tiene una duración aproximada de entre ocho y diez horas.

3. Entrenamiento en habilidades sociales

Si resulta necesario los jugadores reciben entrenamiento en esta materia, basado de nuevo en la posible conexión entre un déficit de habilidades sociales y la implicación en actividades de juego. Así, por ejemplo, algunos jugadores podrían necesitar un entrenamiento en asertividad para esas situaciones en las que se les fomenta jugar y son incapaces de negarse; aunque no tienen que ser necesariamente aspectos relacionados con el juego.

4. Prevención de recaídas

Este componente está basado en una adaptación del modelo de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt para alcohólicos (Marlatt y Gordon, 1985; citado por los autores). Se trabaja ahora la identificación de situaciones, eventos o estímulos que constituyen posibles factores de riesgo que precipiten una recaída. Se identifican y analizan posibles sensaciones, pensamientos, emociones, situaciones, amigos..., en general todo aquello que desencadena o puede desencadenar pensamientos relacionados con el juego o conductas de juego. Una vez identificados estos factores de riesgo, se le entrena en habilidades para hacer frente a estas situaciones específicas y para superar los posibles momentos críticos. Cuando el jugador dispone de estas habilidades para prevenir las recaídas se da por finalizado el tratamiento. Las recaídas no se ven como una situación irreversible sino como una dificultad que debe superarse, de hecho,

las caídas se presentan como una reacción frecuente en el proceso de cambio. Una prevención a la que se le dedica entre tres y cuatro horas.

Los resultados aportados por los tres estudios de casos (Sylvain y Ladouceur, 1992; Bujold et al., 1994; Ladouceur et al., 1994a) ofrecen unos resultados alentadores, pues todos los sujetos se mantienen abstinentes a los 6-9 meses de seguimiento, exceptuando en el tratamiento que sólo incluye reestructuración cognitiva y prevención de recaídas, donde el 66% experimenta una reducción significativa en la frecuencia del juego pero sin llegar a la abstinencia. Aunque los autores de este último estudio atribuyen la falta de éxito a la escasa duración del entrenamiento en prevención de recaídas, esta hipótesis no se ve confirmada pues las otras investigaciones, que incluyen más elementos en el programa de tratamiento, obtienen mejores resultados con una duración similar del periodo de prevención de recaídas.

El único estudio controlado (Sylvain et al., 1997) arroja una tasa de abstinencia del 71%, siendo el 29% restante el porcentaje de abandonos durante el seguimiento a los seis meses. Como ya viene siendo costumbre, no se tienen en cuenta los abandonos a lo largo del tratamiento, que en este caso ascienden al 36%, provocando una reducción de la eficacia que se sitúa alrededor del 45%.

Programa del Centro de Salud Mental de Rentería (País Vasco)

El programa, que tiene como objetivo terapéutico la abstinencia, ha sido aplicado a pacientes con dependencia de las máquinas recreativas, bien de forma exclusiva o en combinación con el bingo y/o el casino. Consta de dos componentes fundamentales: el control de estímulos y la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta, por un lado, y la terapia de grupo cognitivo-conductual, por otro, cuya duración media es de dos meses (Echeburúa y Báez, 1994b).

1. Control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta

El objetivo es que el sujeto se exponga a las condiciones que le inducen a jugar, que experimente deseos de llevar a cabo la conducta pero que sepa resistirse. A la vez se establece control estimular sobre el dinero y las situaciones o circuitos *peligrosos*. Esta parte del programa consta de seis sesiones individuales de una hora de duración, a excepción de la segunda (que tiene una duración de hora y media), con una periodicidad semanal de acuerdo con el plan de sesiones que puede observarse en el Cuadro 8.1.

2. Terapia de grupo cognitivo-conductual

Esta parte del programa, que se realiza simultáneamente con la anterior, consta de seis sesiones de una hora de duración, con una periodicidad semanal, y realizada en grupos de entre cinco y seis pacientes dirigidos por un terapeuta. El objetivo central, que es modificar los mecanismos de autoengaño y las creencias irracionales de los jugadores, parece más adecuado y fácil de conseguir en una terapia de grupo. La estructura de estas sesiones se resume en el Cuadro 8.2.

Los autores llevaron a cabo un estudio (Echeburúa et al., 1994a; 1996) con el objeto de determinar la eficacia diferencial de los dos componentes básicos de este programa de tratamiento, utilizando para ello un grupo control (lista de espera) y tres grupos experimentales, a saber: (a) terapia individual de control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta; (b) terapia de grupo cognitivo-conductual y (c) tratamiento combinado a + b. En esta investigación, el éxito terapéutico se define como la abstinencia o la ocurrencia de uno o dos episodios aislados de juego durante los doce meses siguientes a la terapia, siempre que el gasto total no haya sido superior al de una semana de juego en la fase pretratamiento. En la tasa de fracasos se incluyen tanto los fracasos propiamente dichos como los abandonos.

Antes de comentar los resultados parece oportuno, en un área de conocimiento en la que predominan los estudios de casos no controlados, destacar el valor de una investigación con tres grupos experimentales, un grupo control, una muestra homogénea (diagnóstico de juego patológico y una modalidad de juego predominante) y un seguimiento de un año; a lo que habría que añadir la importancia de una definición operativa del éxito terapéutico y la inclusión de los abandonos en la tasa de fracasos.

Los autores concluyen que las tres modalidades terapéuticas son eficaces para detener rápidamente la conducta de juego, pero no así para mantener la abstinencia; si bien los pacientes tratados en las condiciones experimentales muestran, en conjunto, una tasa de éxito significativamente superior a la del grupo control. Con respecto a las tres modalidades terapéuticas, las diferencias comienzan a aparecer a los seis meses de seguimiento, siendo el programa individual de control de estímulos con prevención de respuesta el que arroja unas tasas de abstinencia más elevadas al año de seguimiento. Quizá, el dato más sobresaliente es la inferioridad del tratamiento combinado sobre las otras dos intervenciones; resultado que, según los autores, se podría deber al formato utilizado, en el que ambos tratamientos (individual y grupal) se aplican juntos en el tiempo, lo que dificultaría la asimilación de las habilidades aprendidas, siendo además la terminación del tratamiento más brusca, por lo que pasar de dos sesiones a ninguna podría propiciar la aparición de recaídas. Asociada a la abstinencia hay una mejoría en el funcionamiento psicológico y familiar/social, pero con un perfil evolutivo que difiere del registrado en las variables dependientes del juego; mientras que estas últimas tienen una evolución terapéutica caracterizada por una rápida mejoría entre el pre y el postratamiento, con un mantenimiento de los logros a partir de ese momento; la evolución de las otras áreas afectadas por el juego es lenta y constante entre el pre y el postratamiento, de menor intensidad que en el caso de las conductas de juego pero continua a lo largo del seguimiento.

8.1.8. Programas autoaplicados

Bajo la denominación de terapias de autoayuda o programas de intervención mínima, se incluyen estos programas de tratamiento caracterizados por ser autoaplicados a través de textos y/o materiales de autoayuda, y que requieren una pequeña cantidad de tiempo y recursos en comparación con los tratamientos tradicionales individuales o en grupo.

CUADRO 8.1. Protocolo de las sesiones de control de estímulos y exposición con prevención de respuesta (Echeburúa y Báez, 1994b)

<p style="text-align: center;">1ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plantear la hipótesis del problema desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta. ■ Determinar todos los ingresos del paciente y, de común acuerdo, transferir el control de los mismos a un familiar. ■ Entregar a un familiar los talonarios, libretas y tarjetas de crédito. ■ Explicar a familiares, amigos y conocidos a los que les ha pedido dinero prestado, que no le dejen más dinero porque tiene un problema con el juego. ■ Llevar solo el dinero que pueda necesitar para los gastos de bolsillo, tras haberlos calculado con detalle, y justificar los gastos extra. ■ Evitar las situaciones o circuitos "peligrosos" que puedan desencadenar la conducta de juego. ■ Autodenunciarse en la Unidad de Juego de la Policía Autónoma si el paciente juega, además, al bingo o al casino. ■ Informar al terapeuta y al familiar de todas las deudas que tiene y elaborar una estrategia de devolución potenciando la autorresponsabilidad del paciente. <p>➡ Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Llevar a cabo diariamente las tareas prescritas por el terapeuta según los principios anteriormente expuestos.
<p style="text-align: center;">2ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar las tareas planificadas en la primera sesión y tratar las dificultades planteadas. ■ Explicar la teoría subyacente al procedimiento de la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta. ■ Elaborar un procedimiento individualizado de exposición, según el análisis funcional de la conducta, y establecer el plan de actuación. ■ Llevar a cabo la primera sesión de exposición in vivo el terapeuta, el familiar y el paciente. <p>➡ Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proseguir con el control de estímulos. ✓ Llevar a cabo las tareas de exposición 6 veces por semana, con una periodicidad diaria, durante un tiempo aproximado de 20 a 60 minutos hasta que el nivel de ansiedad percibido sea igual o inferior a 3. La exposición se hará acompañada del familiar lo más cerca posible del juego, sin el consumo de bebidas alcohólicas y sin otras actividades simultáneas. ✓ Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
<p style="text-align: center;">3ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. ■ Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos. ■ Enseñar al paciente el concepto de conductas (y relaciones sociales) alternativas reforzantes y hacer un listado de ellas. <p>➡ Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proseguir con el control de estímulos. ✓ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita en la sesión anterior. Sin embargo, ahora el coterapeuta va a acompañar al paciente al local de juego y va a esperarle fuera a que acabe la tarea de exposición. ✓ Practicar las conductas alternativas reforzantes prescritas por el terapeuta. ✓ Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
<p style="text-align: center;">4ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. ■ Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos. <p>➡ Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atenuar gradualmente el control de estímulos (manejo del dinero y de las tarjetas, salir solo, utilización de circuitos "prohibidos", etc.), excepto en lo referido a frecuentar amigos jugadores. ✓ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita en la sesión anterior. Sin embargo, ahora el coterapeuta se va a limitar a quedarse en casa y a esperar ahí a que el paciente acabe la tarea de exposición. Si el paciente se encuentra con alguna dificultad, puede llamar al coterapeuta por teléfono, bien desde el lugar de juego o desde el exterior. ✓ Practicar las conductas alternativas reforzantes prescritas por el terapeuta. ✓ Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
<p style="text-align: center;">5ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. ■ Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos. ■ Explicar al paciente el fenómeno de la recaída y enseñarle estrategias de prevención: percepción de las situaciones de alto riesgo, conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego, establecimiento de hábitos de conductas alternativas reforzantes, etc. <p>➡ Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar la atenuación del control de estímulos (manejo de dinero y de las tarjetas, salir solo, utilización de circuitos "prohibidos", etc.), excepto en lo referido a frecuentar amigos jugadores. ✓ Llevar a cabo las tareas de exposición en solitario, sin presencia o control alguno del coterapeuta. ✓ Practicar conductas alternativas reforzantes a iniciativa del propio paciente, sin ninguna prescripción expresa por parte del terapeuta. ✓ Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
<p style="text-align: center;">6ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. ■ Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos y hacerles ver la autonomía adquirida ya por el paciente. ■ Conceptualizar la recaída como un proceso de extinción de conductas, enseñar al paciente el fenómeno de disonancia cognitiva ocurrido tras una primera recaída y dotarle de pautas de comportamiento adecuadas en ese supuesto: hacer frente a la ansiedad resultante, llamar inmediatamente al terapeuta, evitar desahogarse por la pendiente de la recaída total al intentar recuperar con otras conductas de juego el dinero perdido en la primera recaída, etc. <p>➡ Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eliminar el control de estímulos (manejo de dinero y de las tarjetas, salir solo, utilización de circuitos "prohibidos", etc.), excepto en lo referido a frecuentar amigos jugadores. Retirar también, en cuanto sea posible, la autodenuncia de la Unidad de Juego de la Policía Autónoma si es también jugador de bingo. ✓ Llevar a cabo las tareas de exposición en solitario, sin presencia o control alguno del coterapeuta. ✓ Practicar conductas alternativas reforzantes a iniciativa del propio paciente, sin ninguna prescripción expresa por parte del terapeuta. ✓ Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

CUADRO 8.2. Protocolo de las sesiones de terapia de grupo cognitivo-conductual (Echeburúa y Báez, 1994b)

<p style="text-align: center;">1ª sesión</p> <p><i>Objetivo específico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tomar conciencia de que la abstinencia del juego es el objetivo terapéutico adecuado. <p><i>Método</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se presentan el terapeuta y cada uno de los miembros del grupo. Cada paciente expone durante 5 a 10 minutos su autobiografía en relación con la pérdida de control del juego. (Se les ha pedido previamente que la preparen por escrito en casa). Se refuerzan todas las muestras de responsabilidad y de franqueza a la hora de exponer situaciones dolorosas, así como los intentos de comprensión por parte de los otros miembros del grupo. Se comentan los aspectos comunes a las historias de juego, especialmente en lo que se refiere al comienzo y mantenimiento del problema. Se explica que, dada la pérdida de control existente, el paciente no va a poder jugar más, ya que la abstinencia, como ocurre en las conductas adictivas, aumenta la posibilidad de recuperación. <p>➡ <i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar una lista de las ideas equivocadas y de los errores cognitivos que tiene cada uno en relación con el juego a partir de las respuestas emitidas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego.
<p style="text-align: center;">2ª sesión</p> <p><i>Objetivo específico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Reestructurar cognitivamente las ideas irracionales relacionadas con el juego y la dependencia del mismo. <p><i>Método</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. Cada miembro del grupo lee en voz alta el listado de los errores cognitivos que ha preparado. Se agrupan en primer lugar los errores cognitivos comunes a los miembros del grupo; en segundo lugar, se señalan los errores más particulares de cada paciente. Se pide a los miembros del grupo que traten de identificar la irracionalidad de dichos pensamientos y actitudes. Los miembros del grupo elaboran de mutuo acuerdo pensamientos racionales alternativos. <p>➡ <i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar autoverbalizaciones y autoinstrucciones diariamente y a la misma hora en relación con los pensamientos racionales comentados en la sesión. Estos ejercicios deben realizarse en voz alta y delante del espejo.
<p style="text-align: center;">3ª sesión</p> <p><i>Objetivo específico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar conductas alternativas incompatibles con la conducta de jugar. <p><i>Método</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. Se revisan las tareas propuestas y se tratan las dificultades planteadas. Se expone el listado elaborado por cada miembro del grupo sobre actividades reforzantes incompatibles con la conducta de juego. Cada sujeto expone situaciones agradables experimentadas en el pasado en relación con ese tipo de actividades. Cada sujeto elabora un plan de ocio ajustado a la realidad específica de su situación actual (familiar, económica, de edad, etc.). Los miembros del grupo comentan las posibilidades reales de llevar a cabo el plan expuesto por los demás. <p>➡ <i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar la parte del plan de ocio expuesto durante la sesión que se puede llevar a cabo en una semana. ✓ Proseguir con las verbalizaciones y las autoinstrucciones, como en la tarea llevada a cabo hasta ahora.
<p style="text-align: center;">4ª sesión</p> <p><i>Objetivo específico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en resolución de problemas planteados por el juego. <p><i>Método</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. Se revisan las tareas propuestas y se tratan las dificultades planteadas. El terapeuta pone un ejemplo y especifica los pasos de un programa de solución de problemas: <ol style="list-style-type: none"> Identificación concreta del problema. Generación de alternativas de solución. Elección de una alternativa. Aplicación de esa alternativa. Valoración de la decisión adoptada. Cada miembro del grupo elabora una situación hipotética y pone un ejemplo de solución de problemas. <p>➡ <i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar con el plan de ocio proyectado. ✓ Proseguir con las verbalizaciones y las autoinstrucciones, como en la tarea llevada a cabo hasta ahora. ✓ Llevar a cabo un programa de solución de problemas a una situación económica problemática que se le plantee al paciente actualmente.

CUADRO 8.2. Protocolo de las sesiones de terapia de grupo cognitivo-conductual (Echeburúa y Báez, 1994b) (continuación)

5ª sesión	
Objetivo específico	<ul style="list-style-type: none"> Afrontar los problemas económicos planteados por el juego y/o por su forma de administrar el dinero.
Método	<ul style="list-style-type: none"> Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. Se revisan las tareas propuestas y se tratan las dificultades planteadas. Cada miembro del grupo expone los problemas económicos ocasionados por el juego, así como el "ahorro" experimentado desde que están sin jugar. Se comentan las situaciones más comunes (deudas, dificultades laborales, etc.) y se plantean posibles soluciones según el programa de solución de problemas. El terapeuta refuerza a los miembros del grupo por la exposición de un tema tan delicado, así como por las posibles soluciones propuestas.
Tareas para casa:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar con el plan de ocio proyectado. ✓ Proseguir con las verbalizaciones y las autoinstrucciones, como en la tarea llevada a cabo hasta ahora, pero a partir de este momento en voz baja y sin mirarse al espejo. ✓ Llevar a cabo un programa de solución de problemas a una situación problemática real (familiar, laboral, económica, etc.) que se le plantee al paciente actualmente.
6ª sesión	
Objetivo específico	<ul style="list-style-type: none"> Prevención de la recaída.
Método	<ul style="list-style-type: none"> Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. Se revisan las tareas propuestas y se resuelven las dificultades planteadas. El terapeuta da una explicación cognitivo-conductual del fenómeno de la recaída y de la necesidad de estar preparado ante su posible ocurrencia. Cada miembro del grupo identifica y expone ante los demás las situaciones de alto riesgo que le podrían llevar de nuevo a la conducta de juego. Con arreglo al procedimiento de solución de problemas, se generan alternativas entre todos para interrumpir la cadena de estímulos que lleva a la conducta de juego. Cada miembro del grupo planifica ante los demás qué hacer en caso de una primera recaída para evitar que la cosa vaya a más. El terapeuta refuerza diferencialmente el planteamiento de medidas racionales, así como la reacción inmediata ante el problema planteado y la petición de ayuda de personas allegadas. El terapeuta da por concluida la terapia, constata los progresos experimentados, felicita a los miembros del grupo por ello y se pone a su disposición en el futuro por si surge cualquier dificultad.
Tareas para casa:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar con el plan de ocio programado y procurar tener siempre ocupado el tiempo libre en algo agradable. ✓ Autorreforzarse con el dinero no gastado en el juego en actividades placenteras para el sujeto y su familia. ✓ Estar alerta ante las situaciones de alto riesgo comentadas en la sesión y poner en marcha desde el principio conductas alternativas. ✓ En caso de experimentar impulsos o pensamientos de juego, comentárselo al familiar más cercano y, si es preciso, llamar al terapeuta.

Estos manuales suelen incluir un entrenamiento en autoobservación mediante autorregistros, autorreforzamiento, control de estímulos, exposición con prevención de respuesta y búsqueda de conductas alternativas incompatibles con el juego (Secades y Villa, 1998). Para suplir la carencia de facilidades de tratamiento disponibles en Australia, Dickerson et al. (1988; citado en Blaszczynski, 1993) proponen un programa cuyo manual incluye los siguientes elementos:

1. Aproximación al concepto de jugador problema.
2. Explicación de por qué se juega.
3. Entrenamiento en la realización de un autorregistro.
4. Análisis funcional de la conducta de juego.
5. Control de estímulos.
6. Autorrefuerzo.
7. Conductas alternativas incompatibles con el juego.
8. Estrategias para el mantenimiento de los logros a largo plazo.

Recientemente, y basado de nuevo en las técnicas de control de estímulos y exposición con prevención de respuesta, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) han elaborado un programa de autoayuda para dejar de jugar. Su duración se reduce a cinco semanas, en las que se comienza con un control estimular exhaustivo que luego se va debilitando (dinero, préstamos, circuitos de riesgo, amigos jugadores,

autoprohibición de la entrada en bingos y casinos, devolución de las deudas) para pasar, posteriormente, y de forma gradual a la exposición; se incluye además la realización de actividades alternativas al juego y el autorrefuerzo continuado por los logros alcanzados. El plan de trabajo semanal es el siguiente:

1ª semana

- Control de estímulos.

2ª semana

- Continuar con el control de estímulos.
- Realizar las tareas de exposición en compañía de un colaborador.

3ª semana

- Continuar con la exposición, pero el colaborador se queda fuera del local esperándole.
- Proseguir con el control del dinero y de los amigos, así como de la entrada en establecimientos de juego por su cuenta.
- Practicar las actividades alternativas al juego.
- Recompensarse por los éxitos obtenidos hasta la fecha.

4ª semana

- Continuar con la exposición, pero ahora el colaborador se queda en casa y permanece allí por si tiene algún problema.
- Proseguir con el control del dinero (pero menos estricto) y de los amigos, así como de la entrada en establecimientos de juego por su cuenta.
- Practicar las actividades alternativas al juego.

5ª semana

- Proseguir con la exposición, pero ahora lo tendrá que hacer por su propia cuenta, sin depender de su colaborador.
- Eliminar totalmente el control sobre el dinero, las tarjetas y las libretas.
- Seguir sin frecuentar amigos jugadores.
- Practicar las actividades alternativas al juego.
- Recompensarse con premios planificados a medio plazo por los éxitos obtenidos hasta la fecha.

Una vez concluido el programa de autoayuda para dejar de jugar, se hacen una serie de indicaciones para prevenir las recaídas, entre las que destacan la identificación de pensamientos erróneos sobre los efectos negativos del juego (para no perder la motivación) y el abuso de alcohol y su posible asociación a un episodio de juego. También se incluyen, en este último apartado, un amplio abanico de técnicas de relajación, de solución de problemas y de afrontamiento de la presión social. A pesar de todo ello, como se pueden producir caídas, finalmente se recomiendan una serie de estrategias para hacer frente a las mismas.

Este tipo de propuestas resultan extraordinariamente atractivas, pues establecen formas de acción sencillas y eficaces para muchas personas (jugadores y familiares o personas próximas al jugador) que, por distintas razones, no pueden o no quieren acudir a un tratamiento especializado. Por otro lado, la amplia dispersión geográfica con la que se da el problema, en muchos casos dificulta el que los jugadores puedan entrar en contacto o acudir a este tratamiento profesional. Además, el hecho de que sean escasos, o prácticamente nulos, los recursos asistenciales públicos para un problema tan extendido limita las posibilidades de muchos jugadores patológicos.

A modo de resumen en la Tabla 8.2. se recopilan los resultados de los estudios comentados a lo largo de este epígrafe.

8.2. CONCLUSIONES ACERCA DE LOS ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO

Pocos trabajos, en su mayoría estudios de casos no controlados, y muchas limitaciones metodológicas que impiden extraer conclusiones sobre la eficacia de los tratamientos del juego patológico. En concreto, destacan los siguientes problemas metodológicos:

1. Muestras heterogéneas

- Mezcla de sujetos con diversas actividades de juego (apuestas deportivas, máquinas recreativas, cartas, bingo, juegos de casino...). Parece necesario indicar resultados separados para los jugadores implicados en diferentes formas de juego, así como distinguir entre aquellos que participan exclusivamente en una forma de juego frente a los que lo hacen en múltiples variedades (Blaszczynski, 1993).
- No se suele utilizar ningún criterio diagnóstico, sobre todo en los primeros estudios. La gravedad del problema es muy dispar, por ello se recomienda especificar, al menos, dos parámetros de la conducta de juego: la frecuencia y la intensidad.
- Presencia de otros trastornos, habitualmente abuso de sustancias psicoactivas, y/o se desconoce si el juego es el problema principal por el que acuden a terapia (Blaszczynski, 1993).
- Dos submuestras de jugadores se ven infrarrepresentadas en los tratamientos: las mujeres y los adolescentes. Sin embargo, las variables edad y sexo podrían estar asociadas a una respuesta diferencial a los tratamientos (López y Miller, 1997).

2. Falta de concreción en las mediciones pretratamiento, lo que imposibilita determinar la mejoría al finalizar la intervención. A su vez, la utilización exclusiva de autoinformes para evaluar una conducta caracterizada por el engaño y la mentira, puede distorsionar los resultados. Habría que verificar los autoinformes del sujeto contrastándolos con la información aportada por el entorno del jugador (López y Miller, 1997).

3. Mezcla de técnicas en estudios no controlados, aspecto que no permite establecer la contribución de cada componente al resultado final, ni determinar la eficacia diferencial de las intervenciones.

4. Criterios para establecer la eficacia del tratamiento:

• Criterio de éxito

En muchos estudios no se define cuál es el concepto de éxito terapéutico. Por otra parte, el criterio de éxito basado en las puntuaciones globales dicotómicas de abstinencia y no abstinencia no tiene en cuenta mejoras significativas en otras áreas de funcionamiento (reducción en la frecuencia, urgencia, habilidad de controlar el juego una vez iniciado y mejora en el funcionamiento social, financiero e interpersonal). Se debería, asimismo, clarificar qué se entiende por un juego controlado (López y Miller, 1997). El éxito también podría considerarse cuando el juego patológico asociado con la forma principal de juego cesa, aunque continúe la participación en otras variedades de juego (Blaszczynski, 1993).

• Criterio de fracaso

Uno de los principales problemas al evaluar la eficacia de los tratamientos está asociado a la ausencia de definición de caída y recaída, una falta de precisión que sólo provoca confusión a la hora de comparar los resultados de diversos estudios. Además, el concepto de fracaso terapéutico debería incluir tanto los rechazos (rehusar entrar en un programa de tratamiento) como los abandonos (fracaso en completar o cumplir con los requisitos del tratamiento/seguimiento o el prematuro abandono del programa por razones disciplinarias); sin embargo, la mayoría de los estudios excluyen estos sujetos de sus resultados, favoreciendo unas tasas de éxito más altas, pero sobreestimadas. Resulta necesario distinguir entre abandono (rechazo/abandono) y fallo del tratamiento (recaída), para que, con independencia de que se adopte o no un criterio estricto de fracaso terapéutico, todos los datos sean computados de cara a valorar la eficacia de una intervención.

5. Períodos de seguimiento.

- Diversidad de la duración de los seguimientos, a veces, incluso, se realizan diferentes seguimientos en los sujetos que forman parte de un mismo estudio. Un hecho que, de nuevo, impide la comparación de los resultados. En cualquier caso, parece necesario establecer amplios períodos de seguimiento para poder determinar la robustez de las intervenciones (Blaszczynski, 1993).
- Durante el seguimiento, en algunos casos, se continúa la asistencia a Jugadores Anónimos o, incluso, algunos reciben un tratamiento dirigido por profesionales; lo que provoca una clara interferencia con el tratamiento original y, por tanto, la dificultad de esclarecer a qué técnica se deben los resultados.

8.3. VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONOS Y RECAÍDAS

El escaso número de estudios sobre el tratamiento del juego patológico y las limitaciones metodológicas de que adolecen, no impiden concluir que el elevado porcentaje de recaídas y abandonos es un dato reiterado, tanto en el tratamiento como en el seguimiento. Una circunstancia que no por esperada resulta menos relevante, ya que merma en gran medida la eficacia de tales intervenciones.

Una vez más, se debe comenzar afirmando que son pocos los trabajos que intentan encontrar alguna diferencia entre los sujetos que abandonan y/o recaen y los que completan el tratamiento, probablemente como consecuencia de la ausencia de estudios controlados.

Cuando se habla de variables predictoras de recaídas parece obligado nombrar, en primer lugar, el estudio de Cummings et al. (1980), que bajo una concepción amplia del término adicción realiza un análisis de las situaciones que provocan recaídas en alcohólicos, fumadores, heroinómanos, jugadores y obesos (ver Tabla 8.1.). Los episodios de recaídas, con independencia del trastorno, aparecen frecuentemente asociados a tres situaciones de riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social. En el caso concreto del juego patológico, la presión social parece tener un papel menos determinante que la tentación de jugar o el hecho de quererse poner a prueba.

Otros autores también han destacado la contribución de los conflictos interpersonales, especialmente los de tipo familiar (Lorenz, 1989), así como un estilo cognitivo depresógeno o la severidad del problema de juego antes del tratamiento (McCormick y Taber, 1988), en la aparición de recaídas. Siguiendo la tradición, desarrollada con los alcohólicos, de asociar deterioro cognitivo y recaídas; estos últimos autores (McCormick y Taber, 1991) evaluaron la variable inteligencia, medida a través del Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), en un grupo compuesto por 50 jugadores; estableciendo cierta correlación entre una pobre ejecución en el test (en las subescalas de dígitos y cubos) y la aparición de ulteriores recaídas en el seguimiento a los seis meses.

En cuanto al momento en que se producen las recaídas, Báez et al. (1995) coinciden con otros autores en indicar que éstas se dan, fundamentalmente, en los tres primeros meses tras la terminación del tratamiento. En concreto, en una muestra de jugadores patológicos en tratamiento, el 31% sufrió alguna recaída, de las cuales un 46% ocurrió en el primer mes de seguimiento. Señalan, además, que son tres las variables que presentan correlaciones significativas con la recaída a los doce meses, por orden de importancia: insatisfacción con el tratamiento, menor antigüedad en la dependencia y neuroticismo como dimensión de personalidad; aunque otras variables, como el abuso de alcohol en el pretratamiento y la ansiedad y la depresión en el pre y en el postratamiento, correlacionaban significativamente con la recaída a los seis meses.

Si hasta aquí se han intentado establecer las diferencias entre los sujetos que recaen y los que se mantienen abstinentes, Blaszczynski et al. (1991b) sugieren que no existen diferencias de mejoría entre los

TABLA 8.1. Situaciones que provocan recaídas en las adicciones. Estudio de Cummings et al. (1980)

SITUACIÓN	Alcohólicos (n=70)	Fumadores (n=64)	Heroinómanos (n=129)	Jugadores (n=19)	Obesos (n=29)	Total (N=311)
Determinantes intrapersonales	61%	50%	45%	79%	46%	56%
Estados emocionales negativos	38%	37%	19%	47%	33%	35%
Estados físicos negativos	3%	2%	9%	-	-	3%
Estados emocionales positivos	-	6%	10%	-	3%	4%
Comprobar el control personal	9%	-	2%	16%	-	5%
Tentaciones y necesidades	11%	5%	5%	16%	10%	9%
Determinantes interpersonales	39%	50%	55%	21%	52%	44%
Conflictos interpersonales	18%	15%	14%	16%	14%	16%
Presión social	18%	32%	36%	5%	10%	20%
Estados emocionales positivos	3%	3%	5%	-	28%	8%

Fuente: modificado de Cummings et al. (1980).

jugadores patológicos que informan de una abstinencia completa y los que han experimentado algún episodio de juego aislado. De ello se deduce que la distinción propuesta por Marlatt y Gordon (1985; citado en Báez et al., 1995) entre caída y recaída parece necesaria, no sólo para valorar de forma más precisa el éxito terapéutico sino también para que el propio jugador no experimente como irreversible un episodio de juego aislado. En este punto surge, de nuevo, la reflexión con la que se comenzaba este capítulo sobre la conveniencia de una meta terapéutica menos estricta...

Si son escasos los estudios centrados en las variables predictoras de recaídas, prácticamente son nulos los referidos a los abandonos del tratamiento o seguimiento. Esta situación resulta coherente con la tendencia generalizada a obviar tales datos en el análisis de los resultados de una intervención. En cualquier caso, parece que las únicas variables predictoras de los olvidados abandonos se refieren a la edad, esto es, la edad media de los sujetos que abandonan es superior a la del resto de los pacientes (Báez et al., 1995), comienzan a jugar a una edad más temprana y, asimismo, sus problemas con el juego aparecen antes (Sylvain et al., 1997).

Resulta redundante concluir que determinar esas variables asociadas a abandonos y/o recaídas, sobre todo con respecto a los aspectos más situacionales, contribuiría al aumento de la eficacia de unos tratamientos con unos resultados, hasta el momento, muy limitados.

TABLA 8.2. Resumen de los estudios sobre tratamiento del juego patológico

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Victor y Krug (1967)	Intención paradójica	1	abstinente	no especificado
Barker y Miller (1968)	Terapia aversiva (estimulación eléctrica)	3	1 abstinente 2 mejorados (episodio recaída)	meses-2 años
Goomey (1968)	Terapia aversiva (estimulación eléctrica)	1	abstinente	1 año
Seager (1970)	Terapia aversiva + terapia de apoyo + G.A.	16	31% abstinentes 12% mejorados (reducción) 19% recaídas 37% abandonos	6 meses-3 años
Cotler (1971)	Terapia aversiva + otras técnicas (reforzamiento positivo + sensibilización encubierta + práctica masiva + actividades alternativas)	1	mejorado (recaída)	9 meses
Koller (1972)	Terapia aversiva (estimulación eléctrica)	16	31 abstinentes 25 mejorados (reducción) 44 fracaso	6 meses-2 años
Bannister (1977)	Sensibilización encubierta + Terapia Racional Emotiva	1	abstinente	2 años y medio
Dickerson y Weeks (1979)	Control estimular	1	juego controlado	15 meses
Moskowitz (1980) ¹	Litio	3	2 mejorados (reducción)	no especificado
Greenberg y Marks (1982) ¹	Sensibilización encubierta + exposición	7	3 mejorados (reducción)	0-6 meses
Greenberg y Rankin (1982)	Exposición con prevención de respuesta (incluía parada de pensamiento o sensibilización encubierta ante la urgencia de jugar) + control estimular	26	19% abstinentes 27% mejorados (periodos de juego) 54% abandonos	9 meses-4 años y medio
Rankin (1982)	Control estimular	1	mejorado (alcanzado el objetivo de juego controlado en la mayoría de las ocasiones)	2 años
McConaghy et al. (1983)	Terapia aversiva (estimulación eléctrica)	10	20% juego controlado 10% mejorados (reducción) 70% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1983)	Desensibilización imaginada	10	20% abstinentes 50% juego controlado 30% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
Russo et al. (1984)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (psicoterapia en grupo + educación en adicciones y salud + participación regular G.A.)	60 (124)	55% abstinentes 21% mejorados (episodios de recaída)	1 año
Politzer et al. (1985)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento	92	80% abstinentes	6 meses
	Programa de tratamiento en régimen ambulatorio	(200)	90% abstinentes	
Taber et al. (1987) McCormick y Taber (1991)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (psicoterapia en grupo + educación en adicciones y salud + participación regular G.A.)	57	56% abstinentes	6 meses
		45 (66)	55% abstinentes	12 meses
McConaghy et al. (1988)	Desensibilización imaginada	10	10% abstinentes 20% juego controlado 20% mejorados (reducción) 50% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1988)	Relajación	10	10% abstinentes 20% juego controlado 40% mejorados (reducción) 30% sin cambios o con una mínima reducción	1 año

TABLA 8.2. Resumen de los estudios sobre tratamiento del juego patológico (continuación)

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Stewart y Brown (1988)	Jugadores Anónimos	232	70% abandono en las 10 primeras sesiones 8% abstinentes 7% abstinentes	1 año 2 años
Blackman et al. (1989)	Terapia inespecífica	88	61% juega menos de 1 vez/semana 33% juega entre 1-6 veces/semana 6% juega diariamente	ninguno
Hadak et al. (1989)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento	26 (99)	31% abstinentes 38% han jugado entre 1-20 veces 31% ha jugado en más de 20 ocasiones	4-8 años
Dickerson et al. (1990b)	Manual de autoayuda	29	Objetivo: abstinencia completa 50% abstinentes Objetivo: juego controlado 65% abstinentes	6 meses
González et al. (1990b)	Tratamiento ambulatorio en grupo (control estimular + exposición en vivo con prevención de respuesta + programación de actividades alternativas + prevención de recaídas)	6 (16)	83% abstinentes 17% recaídas	no especificado
González et al. (1990c)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + terapia de grupo (con asistencia de los familiares)	67	16% abstinentes 36% en tratamiento 48% abandonos	no especificado
Toneatto y Sobell (1990)	Terapia cognitiva	1	mejorado (reducción)	6 meses
Turón et. (1990) ¹	Terapia de grupo	16	46% abstinentes	no especificado
Turón et. (1990) ¹	Terapia de grupo + terapia individual	45	41% abstinentes	no especificado
Turón et. (1990) ¹	Terapia de grupo + terapia individual	67	36% abstinentes	no especificado
Turón et. (1990) ¹	Naltrexona	30	56% abstinentes	no especificado
Aranda et al. (1991)	Control estimular + contrato conductual + manejo de contingencias + discusión sobre las leyes de azar + terapia de grupo para prevenir las recaídas + habilidades de coping + exposición con prevención de respuesta + solución de problemas	1	abstinente	6 meses
Arribas y Martínez (1991)	Exposición con prevención de respuesta + control estimular + prevención de respuesta	4	100% abstinentes	6 meses
Lesieur y Blume (1991b)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (psicoterapia individual y en grupo + educación en adicciones + psicodrama + G.A.)	72 (119)	64% abstinentes 36% fracaso (juega/juega + consume alcohol y/o drogas)	6-14 meses
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición prolongada en vivo)	4 (10)	25% abstinentes 25% juego controlado 50% fracaso	2-9 años
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (relajación)	14 (20)	43% abstinentes 14% juego controlado 43% fracaso	2-9 años
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición breve en vivo)	6 (10)	17% abstinentes 50% juego controlado 33% fracaso	2-9 años
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (desensibilización imaginada)	33 (60)	30% abstinentes 48% juego controlado 21% fracaso	2-9 años
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (terapia aversiva)	6 (20)	33% juego controlado 66% fracaso	2-9 años
Hollander et al. (1992)	Clomipramina	1	Abstinencia (1 caída)	no especificado

TABLA 8.2. Resumen de los estudios sobre tratamiento del juego patológico (continuación)

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Saiz et al. (1992)	Tratamiento individualizado (psicofármacos) + tratamiento grupal	46	46% abstinentes o reducción significativa 21% fracaso 33% abandono en el tratamiento o seguimiento	2 años
Schwartz y Lindner (1992)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento	49 (58)	59% abstinentes 24% mejorados (recaídas)	1 año
		25 (58)	52% abstinentes 32% mejorados (recaídas)	2 años
Sharpe y Tarrier (1992)	Control estimular + actividades alternativas + entrenamiento en relajación progresiva + exposición en imaginación y en vivo + reestructuración cognitiva	1	Abstinentes (1 caída)	10 meses
Sylvain y Ladouceur (1992)	Terapia cognitiva + prevención de recaídas	3	33% abstinentes 66% reducción en el juego	6 meses
Bujold et al. (1994)	Terapia cognitiva + solución de problemas + prevención de recaídas	3	100% abstinentes	9 meses
Echeburúa et al. (1994a, 1996)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta	16	75% abstinentes 68.8% abstinentes	6 meses 12 meses
Echeburúa et al. (1994a, 1996)	Reestructuración cognitiva grupal	16	62.5% abstinentes 37.5% abstinentes	6 meses 12 meses
Echeburúa et al. (1994a, 1996)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + reestructuración cognitiva grupal	16	37.5% abstinentes 37.5% abstinentes	6 meses 12 meses
Haller y Hinterhuber (1994)	Carbamazepina	1	Abstinentes	no especificado
Ladouceur et al. (1994a)	Terapia cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	4	75% abstinentes 25% mejorados (1 recaída al mes de haber finalizado el tratamiento)	6 meses
Báez y Echeburúa (1995)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + prevención de recaídas	1	Abstinentes (1 caída en el 4º mes)	2 años
Fernández et al. (1996)	Entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	1	Abstinentes (2 caídas)	1 año
Sevillá y Pastor (1996)	Terapia cognitiva + exposición con prevención de respuesta + prevención de recaídas	1	Abstinentes	1 año
Sylvain et al. (1997)	Terapia cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	14 (22)	71% abstinentes 29% abandonos	6 meses
Symes y Nicki (1997)	Exposición con prevención de respuesta	2	Reducción significativa	no especificado
Crockford y el-Guebaly (1998)	Naltrexona	1	Abstinentes	1 mes
Kim (1998)	Naltrexona	1	Abstinentes	9 meses
Ladouceur et al. (1998)	Terapia cognitiva	5	60% abstinentes 20% mejorados (2 recaídas) 20% fracaso	6 meses

Fuente: Ochoa y Labrador (1994), modificado y ampliado.

Dickerson (1990); Blaszczynski (1993) y Ochoa y Labrador (1994).

() = N original.

9

PREVENCIÓN

“Hay un momento, sólo un momento en que la fortuna nos sonreirá: todo es cuestión de saber aprovecharlo o de retirarse a tiempo” (Peri Rossi, La última noche de Dostoiévski)

La conjunción de dos datos de suma relevancia, esto es, la reducida eficacia de los programas de tratamiento del juego patológico y la detección de poblaciones de riesgo a padecer este trastorno, confiere un papel, ya de por sí, primordial a la prevención primaria y secundaria. Pero la brevedad de este capítulo pone de manifiesto que “en el campo de la prevención del juego patológico está todo prácticamente por hacer” (Secades y Villa, 1998, p. 102). En realidad, no podía ser de otra manera; pues si no existe una red asistencial para tratar los problemas de juego, menos aún para prevenirlos. Cualquier tipo de actuación en este sentido conlleva una compleja implantación, que en el caso del juego patológico no se ha emprendido, quizá debido a que las conductas de juego no entrañan un riesgo para la seguridad ciudadana o, tal vez, porque la sociedad sigue sucumbiendo a la percepción del juego como un vicio. Bien por desidia o bien con premeditación (no hay que olvidar las cifras astronómicas que mueve el juego), lo cierto es que prácticamente no existen recursos. La necesidad de abordar este problema se justifica en las siguientes consideraciones (Robert y Botella, 1995; Secades y Villa, 1998):

1. Las graves consecuencias que el juego patológico tiene a nivel personal, familiar, laboral y social.
2. El hecho contrastado de que cada vez afecta a mayor número de personas, sobre todo de menor edad.
3. De momento, aún son pocas las personas que demandan tratamiento y las tasas de recaída son bastante altas.

En la prevención primaria, con objeto de desarrollar medidas antes de que aparezca el trastorno, se trataría de promover hábitos de juego y ocio saludables, carentes de riesgo. Para ello sería preciso una doble vía de actuación: (a) el establecimiento de medidas legislativas que reduzcan la oferta de juego y (b) medidas educativas para la reducción de la demanda. A continuación se recogen las propuestas de Secades y Villa (1998) para cada una de estas áreas:

A. Medidas legislativas

- El cumplimiento estricto de la legislación, que prohíbe jugar a los menores de 18 años.
- La creación de lugares específicos de juego con máquinas tragaperras, donde se impida el acceso a los menores de edad.
- La modificación de las características técnicas de las máquinas que incrementan su potencial adictivo, entre las que destacarían:
 - El aumento del tiempo de latencia entre la apuesta y el premio.
 - La reducción de la cuantía de los premios.
 - La supresión de los estímulos asociados (luces, música).
- La obligación de anunciar en un lugar visible, tanto en los locales de juego como en las máquinas tragaperras, mensajes que informen sobre los riesgos que conlleva el juego.
- La eliminación de la publicidad relacionada con el juego, que se hace desde los medios de comunicación y desde los organismos públicos en general.
- La regulación de aquellos espacios que, dentro de los medios de comunicación social, fomentan la idea de que se puede ganar dinero fácil a través de concursos, llamadas de teléfono o juegos en general, que afianzan mensajes tales como «se puede obtener fácilmente dinero con el juego» o «es una actividad rentable y sin riesgos».

B. Medidas educativas

- Informar a la población sobre los riesgos que conlleva el juego y las características del juego patológico.
- Promocionar actitudes, valores y estilos de vida que sean incompatibles con las conductas de juego.
- Desarrollar las habilidades necesarias para afrontar adecuadamente las situaciones de presión social asociadas con el juego.
- Fomentar actividades de ocio y tiempo libre incompatibles con el juego y adaptadas a cada edad.

La prevención secundaria se centraría en la detección precoz de los individuos más vulnerables a desarrollar problemas relacionados con el juego, y procurar las medidas adecuadas para dotar a estas personas de las habilidades necesarias que le permitan evitar o disminuir los riesgos de aparición del problema (Secades y Villa, 1998).

Como indican Secades y Villa (1998), en cualquier programa preventivo, su aplicación conjunta en ámbitos microsociales (familiar y escolar) y macrosociales (ámbito comunitario) favorece la eficacia del mismo. Por ello, “el cambio de la percepción social del juego por medio de los programas comunitarios ha de ser el primer paso necesario para la puesta en marcha de programas específicos de prevención del juego patológico” (p. 92). Por su parte, en el ámbito familiar se deberían tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Para contrarrestar los efectos de la aprobación social que tiene el juego sería necesario que los padres dispusiesen de una información adecuada sobre los diferentes aspectos de este problema: los medios de comunicación social y el fomento del juego, la valoración social de los bienes materiales, el proceso de adicción al juego, los efectos del juego (económicos, familiares, laborales, etc.), los factores de vulnerabilidad para desarrollar la adicción al juego, etc.
2. Instaurar un estilo democrático de educación, donde se establezcan unas normas claras y consensuadas que supongan una ayuda a la hora de aprender a resolver problemas y enfrentarse a situaciones. Las normas no deben ser excesivas, han de ser flexibles y adaptadas a cada edad y situación, han de enunciarse de forma clara y se debe intentar, en la medida de lo posible, que los hijos participen en la elaboración de las mismas.
3. Evitar que los hijos entren en contacto con el juego a edades tempranas (por ejemplo, no permitirles manipular las máquinas o presionar el botón para iniciar la jugada, no darles monedas para jugar, etc.).
4. Los padres deben ser modelos adecuados de actitudes y conductas de juego (por ejemplo, no jugando a las máquinas tragaperras o a otros juegos de azar en presencia de los hijos, etc.).
5. Promocionar actitudes, valores y estilos de vida que sean incompatibles con las conductas de juego (valores como el esfuerzo en el trabajo frente al culto al dinero como forma de mejorar la calidad de vida).

En el ámbito escolar, el procedimiento más habitual sigue siendo el incremento de la información sobre las consecuencias nocivas de las conductas objeto de intervención; aunque se ha demostrado que los programas informativos, aplicados de forma asilada, aumentan los conocimientos de la población diana pero no modifican los comportamientos (Secades y Villa, 1998). Ladouceur (1993a) recalca este aspecto indicando que “toda intervención preventiva entre los jóvenes debe comprender dos facetas, a saber, la transmisión de información pertinente y el desarrollo de habilidades necesarias para el control de la situación por medio de actividades en grupo” (p. 370). En este sentido, el programa de prevención del juego patológico desarrollado por Gaboury y Ladouceur (1993) en un marco escolar es un buen ejemplo de cómo la información debe integrarse con otros componentes que incrementen los recursos y habilidades de los niños y adolescentes. El programa consta de tres sesiones de setenta y cinco minutos de duración realizadas a lo largo de tres semanas y se estructura en seis secciones:

1. *Panorámica del juego y discusión sobre los aspectos legales*

- Se explican los objetivos del programa.
- Se especifican las actividades de juego legales e ilegales.
- Se analizan las consecuencias potenciales del juego.
- Actividad: durante la discusión se solicita la opinión de los estudiantes y se corrigen las posibles ideas equivocadas.

2. *El negocio del juego*

- Se demuestra que el juego es un negocio que subsiste en detrimento de los jugadores.
- Actividad: en grupos pequeños, se solicita de los participantes que inventen un juego. En la discusión se enfatiza cómo las actividades de juego son beneficiosas para la persona que conduce o es dueño del juego.

3. *Conductas automáticas*

- Se presta atención al constante incremento de las apuestas monetarias a medida que la frecuencia de juego aumenta.
- Se comenta la búsqueda de estrategias para realizar las apuestas y el predominio de creencias irracionales que presenta el jugador.
- Actividad: los participantes observan un video de un jugador verbalizando sus pensamientos mientras juega en una *video-poker machine*. La discusión se centra en los comportamientos automáticos, su impacto en la conducta de juego y la importancia de identificarlos para su posterior modificación.

4. *Juego patológico*

- Se analizan las diversas dimensiones del juego patológico y sus consecuencias.
- Actividad: los participantes observan un video en el que aparece un grupo de jugadores patológicos contando sus experiencias personales. El experimentador explica las características comunes de los jugadores patológicos, los criterios diagnósticos y las consecuencias de este trastorno.

5. *Estrategias de control*

- Se perfilan las estrategias disponibles para controlar la conducta de juego.
- Actividad: se identifica la motivación para el juego y se realiza un modelado de las habilidades de afrontamiento para evitar el juego.

6. *Concurso*

- Se resume la información presentada durante el programa, destacando claramente las consecuencias negativas de un juego excesivo.
- Actividad: en grupos pequeños, los estudiantes participan en un concurso de preguntas relacionadas con el juego.

Este programa se aplicó en una muestra de 289 estudiantes con una media de edad de 16 años, en la que se evalúan las siguientes variables dependientes antes de comenzar la intervención, después de la misma y a los seis meses de seguimiento: (a) conductas de juego (frecuencia, tipo de juego, gasto de dinero, criterios del DSM-III-R para el juego patológico y tendencia del entorno hacia el juego), (b) conocimiento sobre el juego y actitudes (valoración positiva o negativa de ciertas creencias relacionadas con el juego).

Los resultados indican que los sujetos experimentales mejoran su conocimiento sobre el juego comparado con un grupo control, dicho aumento se mantiene hasta los seis meses de seguimiento. Asimismo, el grupo experimental informa de un número significativamente mayor de habilidades de afrontamiento del juego que el grupo control, aunque tales diferencias no son significativas en el seguimiento. Tampoco existen diferencias significativas en lo que respecta a la conducta de juego y a las actitudes hacia el mismo. En resumen, los resultados muestran una mejora a nivel de conocimientos en relación con el juego, pero no se modifican los hábitos y las actitudes de los jóvenes hacia esta actividad. Ladouceur (1993a) avanza una posible explicación de estos hechos indicando que el programa enfocaba la prevención primaria en un medio donde se imponía la prevención secundaria, puesto que los hábitos de juego ya estaban adquiridos.

En su interés por desarrollar un programa de prevención primaria, este autor modifica los contenidos del anterior para su aplicación en el ámbito escolar a jóvenes de menor edad, que no han tenido contacto con el juego o éste es escaso. Dicho programa, como el anterior, se limita a tres encuentros a lo largo de tres semanas y se compone de cuatro dimensiones (Ladouceur, 1993a, p. 371):

1. *Mejorar los conocimientos de los juegos de azar y de dinero, del juego patológico y de sus consecuencias*

Esta parte consiste en desarrollar una noción realista de los juegos de azar y de dinero en el niño. Así, se hace una distinción entre juego de azar y juego de destreza. Son identificados los juegos legales y los juegos ilegales. La noción de imprevisión es abordada al insistir en la idea de que ninguna estrategia, superstición, número de la suerte u otros elementos pueden influir en el azar y permitir fuertes ganancias. Se identifican los problemas que conlleva el juego: necesidad de aumentar siempre la frecuencia del juego o la suma de las apuestas para alcanzar el estado de excitación deseado, preocupación por el juego o por el medio de encontrar el dinero para jugar, pérdidas de importantes sumas de dinero en el juego, problemas con los padres o con las autoridades por culpa del hábito del juego, pérdida de amigos por el juego, etc. Los métodos pedagógicos utilizados para mostrar estos hechos son el juego, un vídeo e información oral.

2. *Solución de problemas para evitar el juego excesivo*

Se explican, en un primer momento, las nociones básicas sobre la solución de problemas y su aplicación. Las cinco etapas de la solución de problemas se ilustran con la ayuda de ejemplos: definición del problema, elaboración de las soluciones posibles, elección de una solución, puesta en práctica de la solución elegida y verificación de su eficacia. Puestas en escena, juegos y material audiovisual son los medios utilizados.

3. *Habilidades sociales apropiadas y asertividad*

Las habilidades sociales girarán en torno a la capacidad para la conversación. Se trata de enseñar una manera adecuada para entrar en contacto con los demás y poder mantener una conversación (escuchar a los demás, formular una pregunta, dar las gracias, hacer un cumplido). La aserción de uno mismo es el otro componente importante de este apartado, y consiste en incitar a los jóvenes a emitir sus opiniones sin temor a ser juzgados por su entorno y en saber hacer frente a la presión de sus semejantes al decir «no». El modelado y la representación de situaciones son los métodos pedagógicos primordiales en la enseñanza de estas habilidades. Este nuevo elemento favorecerá una mayor capacidad social entre los jóvenes que propiciará interacciones sociales más enriquecedoras. Podrán hacer amigos más fácilmente, mantener así una red social adecuada y evitar caer en un problema de dependencia por despecho.

4. *Modificación del entorno de los jóvenes*

Se trata de propiciar información sobre el juego y sus funciones a las personas que pertenecen al entorno inmediato del joven. Los padres de cada uno de los niños del programa, así como los profesores y los directores de escuela, reciben un folleto explicativo sobre los problemas del juego y son invitados a hablar de ello con el niño. En este folleto se incluyen también ciertas actitudes concernientes a los hábitos de juego a los que hay que prestar mayor atención. Se pegan posters denunciando los problemas del juego en cada escuela y en cada clase. Todo esto se pone en marcha con la finalidad de crear una modificación del entorno más próximo al joven en lo que concierne a los hábitos de juego.

Sin necesidad de hacer cálculos mentales, y con la seguridad de no estar sometida a la tiranía de ninguna creencia irracional, la apuesta por intervenciones de este tipo resulta la mejor inversión de cara a reducir el número de personas para las que la búsqueda de la fortuna se torna en infortunio.

PARTE EMPÍRICA

10

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

10.1. INTRODUCCIÓN

El estado de conocimientos actual sobre el juego patológico arroja dos datos clínicamente relevantes: (1) por un lado las elevadas cifras de prevalencia de este trastorno, y (2) por otro, una situación deficitaria con respecto al desarrollo de programas de tratamiento. Una circunstancia de abundancia de jugadores con problemas y escasez de tratamientos que obliga inexorablemente a modificar de alguna manera esta desigualdad; en definitiva, se evidencia la necesidad de desarrollar programas de tratamiento dirigidos a solucionar esta problemática. Sin embargo, la corta historia de los tratamientos del juego patológico se ha caracterizado por la búsqueda de soluciones en otros problemas para los que se disponía de tratamientos contrastados y de cierta eficacia, asimilando el problema del juego patológico a otros trastornos como las adicciones o el trastorno obsesivo-compulsivo. Una búsqueda que, con el tiempo, se ha ido conformando en un elenco de técnicas o procedimientos de diversa índole: técnicas aversivas, terapia farmacológica, grupos de autoayuda, técnicas de exposición, terapia cognitiva..., de escasos resultados. En definitiva, intentos dispersos y poco eficaces, donde se aplican las distintas técnicas de forma aislada o conjunta, en una búsqueda errática de solución. No obstante, el creciente número de jugadores con problemas y cierta alarma social originada en estos últimos años han generado la necesidad inminente de ofrecer una intervención que sea consistente y eficaz, y con este objetivo se está realizando un esfuerzo por sistematizar todo este conocimiento disperso.

Entre los desarrollos más actuales destacan dos programas multicomponentes diseñados específicamente para el tratamiento del juego patológico, (1) uno elaborado por el equipo de Ladouceur en la Universidad de Laval, en Canadá (Sylvain y Ladouceur, 1992; Bujold et al., 1994; Ladouceur et al., 1994a; Sylvain et al., 1997) y (2) otro confeccionado por Echeburúa y colaboradores en la Universidad del País Vasco (Echeburúa et al., 1994a, 1996). Las razones que hacen que sobresalgan al resto de los programas propuestos son varias. En primer lugar, se han confeccionando pensando en los factores que hasta la fecha parecen desempeñar un papel fundamental en el mantenimiento de la conducta de juego (las distorsiones cognitivas y la activación psicofisiológica, respectivamente), y por tanto, han superado ese estadio inicial caracterizado por la inclusión de técnicas débilmente fundamentadas. En segundo lugar, las técnicas seleccionadas se diseñan específicamente para su aplicación a los jugadores de un tipo determinado de juego, favoreciendo su eficacia. Y por último, en un campo donde predominan los estudios con graves

problemas metodológicos, estos programas disponen de análisis controlados de su eficacia que, además, arrojan unos resultados alentadores en ambos casos.

Del amplio abanico de variables que se han propuesto para explicar la persistencia de la conducta de juego, no hay duda de que los citados factores, esto es, la activación psicofisiológica y las distorsiones cognitivas, son los que han demostrado mayor consistencia en los diferentes estudios; sin embargo, suelen recibir un trato independiente. Por ello, parece oportuno plantearse un programa de tratamiento integrado que aúne una técnica de exposición, con objeto de extinguir la respuesta de activación condicionada, y una terapia cognitiva, enfocada a la corrección de los sesgos cognitivos en los juegos de azar. Una investigación de estas características permitiría, por un lado, valorar si existe un incremento de la eficacia al aplicar un tratamiento combinado y, por otro, determinar a partir de la contribución de cada factor en la reducción/eliminación de la conducta de juego, su importancia relativa en el mantenimiento del problema.

La mayor adecuación de realizar tratamientos específicos (en este caso en función del tipo de juego) y asumiendo, además, que los estudios epidemiológicos realizados en España destacan las máquinas recreativas con premio como una de las actividades de juego predominantes en este país y la demanda fundamental por la que acuden los jugadores con problemas a tratamiento, el programa de intervención se diseñará para este colectivo de jugadores patológicos cuyo problema principal son las máquinas recreativas con premio.

10.2. OBJETIVOS

El objetivo último de este estudio es la elaboración de un programa de intervención estándar pero flexible que pueda ajustarse a cada caso de acuerdo con las características y circunstancias particulares. Para la consecución del mismo se busca establecer la eficacia diferencial de varias modalidades de tratamiento y de sus principales componentes. Las intervenciones incluyen como técnicas básicas la exposición con prevención de respuesta y la terapia cognitiva. No obstante, las características de un problema de juego, que afecta a diferentes áreas de la vida, obliga a incluir otras técnicas adicionales, creando programas multicomponentes. Con objeto de no desarrollar una intervención excesivamente larga que pueda incluir elementos superfluos, se han elegido exclusivamente dos técnicas complementarias de las anteriores: entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.

Será preciso, asimismo, desarrollar procedimientos e instrumentos de evaluación que permitan valorar la capacidad de tales técnicas en la modificación de la activación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas, esto es, los dos factores que sustentan la aplicación de las mismas.

A su vez en el camino hacia esta meta podrán analizarse dos aspectos de marcada actualidad, por un lado las características de los sujetos que acuden a tratamiento, en concreto si los cambios sociodemográficos que se aprecian en la población de jugadores empiezan a observarse en aquellos que acuden a tratamiento; y por otro, la posible detección de variables predictoras de éxito o fracaso del tratamiento.

De forma detallada los objetivos se concretarían en los siguientes:

1. Establecimiento de la eficacia diferencial de los principales programas de tratamiento

Son dos los programas que en la actualidad han mostrado mejores resultados; por un lado, aquellos cuyo componente principal es la técnica de exposición con prevención de respuesta, y por otro, los que se basan en la reestructuración de las distorsiones cognitivas asociadas a los juegos de azar. En este estado de conocimientos parece necesario comparar la eficacia de cada procedimiento y de la combinación de ambos en:

- a) el porcentaje de abstinencia al año de seguimiento.
- b) la adherencia al tratamiento.
- c) la conducta de juego durante el tratamiento, postratamiento y seguimiento.
- d) la sintomatología concomitante postratamiento y durante el seguimiento.

2. Análisis de las respuestas psicofisiológicas durante el juego

El papel de la activación psicofisiológica experimentada durante el juego ha sido ampliamente reiterado en las teorías explicativas, por ello resulta oportuno:

- a) establecer la diferencia de valores entre el período de línea-base y la situación de juego.
- b) verificar el cambio de las respuestas psicofisiológicas en función de la implicación en el juego.

3. Análisis de las respuestas psicofisiológicas pre y postratamiento

Se requiere determinar el grado de variación de las respuestas psicofisiológicas antes y después del tratamiento con objeto de:

- a) establecer la eficacia de los programas terapéuticos en la disminución de la activación psicofisiológica:
 - exposición con prevención de respuesta
 - terapia cognitiva
- b) establecer la relación existente entre la reducción de la activación psicofisiológica y las conductas de juego.

4. Establecer un sistema válido de análisis de las distorsiones cognitivas referidas al azar

En la actualidad, los sesgos cognitivos que operan en la situación de juego han adquirido un papel preponderante en los modelos explicativos del juego patológico, por ello se hace imprescindible:

- a) desarrollar métodos ad hoc de evaluación de estos factores cognitivos.
- b) establecer la fiabilidad y validez de dichos métodos.
- c) comprobar la relación entre un método de observación y otro de autoinforme.

5. Análisis de las distorsiones cognitivas pretratamiento y su modificación tras el tratamiento

Se requiere determinar el grado de variación en el número y el tipo de distorsiones cognitivas antes y después del tratamiento con objeto de:

- a) establecer la eficacia de los programas terapéuticos en la reducción de los sesgos cognitivos:
 - terapia cognitiva
 - exposición con prevención de respuesta
- b) establecer la relación existente entre la reducción de las distorsiones cognitivas y las conductas de juego.

6. Identificación de patrones motores de juego

Con objeto de completar la descripción de la conducta de juego en el triple sistema de respuesta, se precisa detallar los patrones motores durante el juego y especificar si existen variaciones entre el pre y el postratamiento.

7. Delimitación de variables asociadas al juego en una muestra clínica

Se añade la descripción de la muestra clínica atendiendo a:

- a) variables demográficas
- b) sintomatología de juego patológico
- c) parámetros de la conducta de juego
- d) variables de la historia de juego
- e) consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
- f) variables de adaptación y sintomatología concomitante (depresión y ansiedad)

8. Identificación de factores predictores de éxito o fracaso del tratamiento

La detección de variables asociadas a éxito/fracaso y abandono del tratamiento, así como la identificación de variables que denoten ocultación o engaño por parte del paciente, contribuye a orientar sobre la eficacia esperable del tratamiento; y por este motivo se buscan factores predictores de:

- a) la eficacia del tratamiento.
- b) el abandono a lo largo de la intervención.
- c) la ocultación o engaño sobre la conducta de juego a lo largo de la intervención.

10.3. HIPÓTESIS

Para abordar los objetivos principales de esta investigación se propuso el contraste de las siguientes hipótesis:

- H₁: Si los cuatro tipos de tratamiento son diferentes en su grado de eficacia, entonces
 - H_{1a}: Existirán diferencias significativas en el éxito/fracaso conseguido por los cuatro programas de intervención.
 - H_{1b}: Existirán diferencias significativas en la aparición de recaídas a lo largo de los seguimientos en función de los cuatro programas de intervención.
 - H_{1c}: Existirán diferencias significativas en el grado de adherencia al tratamiento en función de los cuatro programas de intervención.
- H₂: Si el tipo de intervención influye en los resultados, entonces
 - H_{2a}: el riesgo de jugar a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor en los tratamientos más eficaces.

- H_{2b}: el grado de funcionamiento o adaptación del sujeto en el trabajo, la vida social, las actividades de ocio, la relación de pareja y la vida familiar; así como su adaptación en general a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente superior en los tratamientos más eficaces.
 - H_{2c}: la sintomatología depresiva a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente inferior en los tratamientos más eficaces.
 - H_{2d}: el estado de ansiedad a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente inferior en los tratamientos más eficaces.
 - H_{2e}: las conductas motoras de recoger monedas durante el juego y aceptar el dinero al concluir el mismo en las sesiones de juego postratamiento se ejecutarán en un porcentaje significativamente inferior en los tratamientos más eficaces.
- H₃: Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces
- H_{3a}: la frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego del sujeto en máquinas recreativas con premio en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento.
 - H_{3b}: la aparición de recaídas a lo largo de los seguimientos será significativamente menor.
 - H_{3c}: el grado de funcionamiento o adaptación del sujeto en el trabajo, la vida social, las actividades de ocio, la relación de pareja y la vida familiar; así como su adaptación en general a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente mejor.
 - H_{3d}: la sintomatología depresiva del sujeto a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor.
 - H_{3e}: el estado de ansiedad del sujeto a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor.
 - H_{3f}: el nivel de activación psicofisiológica del sujeto en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento.
 - H_{3g}: el número de distorsiones cognitivas del sujeto a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor.
 - H_{3h}: las conductas motoras de recoger monedas durante el juego y aceptar el dinero al concluir el mismo en las sesiones de juego postratamiento se ejecutarán en un porcentaje significativamente menor que en el pretratamiento.
- H₄: Si existe una activación de las respuestas psicofisiológicas autonómicas durante el juego en los jugadores patológicos, entonces
- H_{4a}: los valores de estas señales en una situación de juego pretratamiento serán significativamente mayores que en el período de línea-base.
 - H_{4b}: los valores de estas señales en una segunda sesión consecutiva de juego pretratamiento serán significativamente mayores que en la primera.

- H₅: Si la implicación en el juego provoca un predominio de distorsiones cognitivas en los jugadores patológicos, entonces el porcentaje de verbalizaciones irracionales emitidas en una segunda sesión de juego consecutiva pretratamiento será significativamente mayor que en la primera.
- H₆: Si la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta afecta a la activación psicofisiológica autónoma, entonces
- H_{6a}: los sujetos que reciban esta intervención mostrarán una disminución significativa de las respuestas psicofisiológicas respecto a la evaluación pretratamiento frente a los sujetos que no reciban dicha intervención (terapia cognitiva).
- H_{6b}: los sujetos que reciban esta intervención mostrarán un nivel de activación psicofisiológica significativamente menor que los sujetos a los que no se les aplique (terapia cognitiva).
- H₇: Si la terapia cognitiva enfocada a los heurísticos y sesgos que aparecen en una situación de juego de azar disminuye la producción de distorsiones cognitivas, entonces
- H_{7a}: los sujetos que reciban esta intervención mostrarán una reducción significativa de las distorsiones cognitivas respecto al pretratamiento frente a los sujetos que no reciban dicha intervención (exposición + prevención de respuesta).
- H_{7b}: los sujetos que reciban esta intervención mostrarán un número significativamente menor de distorsiones cognitivas que los sujetos a los que no se les aplique (exposición + prevención de respuesta).
- H₈: Si la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta afecta a la activación psicofisiológica autónoma y la terapia cognitiva enfocada a los heurísticos y sesgos que aparecen en una situación de juego de azar disminuye la producción de distorsiones cognitivas, entonces
- H_{8a}: los sujetos que reciban esta intervención combinada mostrarán una disminución significativa tanto de las respuestas psicofisiológicas como de las distorsiones cognitivas respecto a la evaluación pretratamiento.
- H_{8b}: los sujetos que reciban esta intervención combinada mostrarán un nivel de activación psicofisiológica y un número de distorsiones cognitivas significativamente menor que los sujetos a los que no se les aplique alguno de sus componentes (exposición o terapia cognitiva).
- H₉: Si la activación de las respuestas psicofisiológicas durante el juego está implicada en el mantenimiento de la conducta de juego, entonces las respuestas psicofisiológicas existentes en el postratamiento serán un predictor de eficacia del tratamiento.
- H₁₀: Si las distorsiones cognitivas referidas a los juegos de azar están implicadas en el mantenimiento de la conducta de juego, entonces las distorsiones cognitivas existentes en el postratamiento serán un predictor de eficacia del tratamiento.

11

MÉTODO

11.1. SUJETOS

La muestra estaba constituida por 88 sujetos (80 varones y 8 mujeres) que demandaban asistencia por un problema de juego, cumpliendo los criterios DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico y siendo su actividad de juego principal las máquinas recreativas con premio.

El 90.9% de la muestra estaba compuesta por varones. Con una edad media de 30.76 años y un rango que oscila entre los 16-72 años, el 85.2% de la muestra consideraba que pertenecía al extracto socioeconómico que fluctúa entre medio y bajo, predominando los sujetos que tenían estudios secundarios (43.2%) y primarios (37.5%); así como los que desempeñaban trabajos de comercial o guarda de seguridad o con una profesión que se enmarca dentro del sector de servicios (camareros, taxistas y transportistas), cuyo porcentaje asciende hasta el 34.1%, destacando, además, otras dos situaciones labores como son el grupo de estudiantes (18.2%) y parados (14.8%). Más de la mitad de los sujetos (61.4%) estaban solteros y, asimismo, el 65.9% no tenía hijos. Por otro lado, la Asociación Madrileña de Jugadores en Rehabilitación (AMAJER) y el servicio 010 del Ayuntamiento de Madrid se configuran como las dos fuentes que más sujetos han remitido a este programa de tratamiento, constituyendo su aportación más de la mitad de la muestra (59.1%). En la Tabla 11.1. se describen las características sociodemográficas de la muestra completa y de las submuestras de varones y mujeres.

11.2. APARATOS

11.2.1. Aparatos empleados en la evaluación psicofisiológica

Para el registro psicofisiológico se empleó un biolaboratorio J&J (programa U.S.E.A.), conectado a un ordenador PC con procesador 386 y monitor EGA de 14 pulgadas para la visualización y registro de la sesión, como Unidad Central de Procesamiento. Se emplearon dos electrodos para registrar la actividad electrodérmica (SCL) y un sensor del pulso sanguíneo para el registro de la tasa cardiaca (HR).

TABLA 11.1. Características sociodemográficas de la muestra

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		Muestra completa (N=88)		Muestra varones (n=80)		Muestra mujeres (n=8)	
		N	%	N	%	N	%
Edad	11-20	16	18.1	16	20.1	0	0.0
	21-30	38	43.3	37	46.5	1	12.5
	31-40	20	22.7	18	22.8	2	25.0
	41-50	3	3.3	2	2.6	1	12.5
	51-60	9	10.2	6	7.7	3	37.5
	61-70	1	1.1	0	0.0	1	12.5
	71-80	1	1.1	1	1.3	0	0.0
Clase social subjetiva	Baja	5	5.7	5	6.3	0	0.0
	Media-baja	25	28.4	23	28.8	2	25.0
	Media	45	51.1	40	50.0	5	62.5
	Media-alta	12	13.6	11	13.8	1	12.5
	Alta	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	No sabe/no contesta	1	1.1	1	1.3	0	0.0
Nivel de estudios	Primarios incompletos	7	8.0	7	8.8	0	0.0
	Primarios completos (EGB)	33	37.5	29	36.3	4	50.0
	Secundarios (BUP, FP)	38	43.2	35	43.8	3	37.5
	Diplomados universitarios	6	6.8	6	7.5	0	0.0
	Licenciados universitarios	4	4.5	3	3.8	1	12.5
Situación laboral	Obrero sin cualificar	2	2.3	2	2.5	0	0.0
	Obrero cualificado	7	8.0	7	8.8	0	0.0
	Agricultor/ganadero	1	1.1	1	1.3	0	0.0
	Vendedor/servicios/seguridad	30	34.1	29	36.3	1	12.5
	Personal servicios administrativos	4	4.5	3	3.8	1	12.5
	Empresario	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Directivo/gerente	1	1.1	1	1.3	0	0.0
	Profesional/técnico	6	6.8	5	6.3	1	0.0
	Ama de casa	4	4.5	0	0.0	4	50.0
	Estudiante	16	18.2	16	20.0	0	0.0
	Jubilado debido a la edad	1	1.1	1	1.3	0	12.5
	Jubilado por enfermedad o minusvalía	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Profesional Fuerzas Armadas	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Parado	13	14.8	12	15.0	1	12.5
	Otros	3	3.4	3	3.8	0	0.0
Estado civil	Soltero	54	61.4	51	63.8	3	37.5
	Casado/vive con pareja	32	36.4	27	33.8	5	62.5
	Separado/divorciado	1	1.1	1	1.3	0	0.0
	Viudo	1	1.1	1	1.3	0	0.0
Número de hijos	Ninguno	58	65.9	56	70.0	2	25.0
	Uno	12	13.6	10	12.5	2	25.0
	Dos	16	18.2	12	15.0	4	50.0
	Tres	2	2.3	2	2.5	0	0.0
Fuente que remite	AMAJER	32	36.4	31	38.8	1	12.5
	010 Ayuntamiento de Madrid	20	22.7	16	20.0	4	50.0
	Teléfono de la Esperanza	6	6.8	5	6.3	1	12.5
	FAD	1	1.1	1	1.3	0	0.0
	Centros de Salud/CAD/CPA	5	5.7	5	6.3	0	0.0
	Prensa/radio	7	8.0	6	7.5	1	12.5
	Otros	14	15.9	13	16.3	1	12.5
	No sabe/no contesta	3	3.4	3	3.8	0	0.0

AMAJER: Asociación Madrileña de Jugadores en Rehabilitación.

CPA: Centro de Prevención del Alcoholismo

CAD: Centro de Atención a Drogodependientes.

FAD: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Las respuestas evaluadas fueron la tasa cardíaca (HR) mediante fotopletimografía de pulso, detectada en el dedo índice de la mano izquierda con un transductor sujeto con cinta *velcro*; y el nivel de conductancia electrodérmica (SCL) mediante dos electrodos de Ag/ClAg colocados en la zona palmar de las falanges distales de los dedos anular y medio de la mano izquierda. El polígrafo lo constituían, respectivamente, el módulo *J&JP-401 Plethysmograph* que evaluaba el intervalo temporal entre dos ciclos cardíacos sucesivos (onda R), transformando estos valores en voltaje representando latidos por minuto (lpm), y el módulo *J&JT-601 Thermal/Dermal* que registraba la actividad electrodérmica medida en μ mhos. La aplicación informática desarrollada para esta investigación registraba y almacenaba los datos cada cinco segundos.

Para el periodo de juego de la evaluación psicofisiológica se utilizaron dos máquinas recreativas tipo B de la Empresa Recreativos Franco⁴:

A. Modelo *El dado de Oro*

Esta máquina funcionaba con fichas especiales de la Empresa Recreativos Franco y por esta razón fue la escogida para que jugaran los sujetos. Las fichas, de un tamaño similar a las monedas antiguas de 25 ptas., reproducían el sonido y la textura de las monedas reales. Para una descripción detallada de la máquina ver el Cuadro 11.1.

B. Modelo *El Gran Aladino*

Esta máquina, que funcionaba con monedas, se destinó exclusivamente a la decoración del ambiente para que simulara ciertas características de los bares o salas recreativas al colocarse al lado de la anterior.

11.2.2. Aparatos empleados en la evaluación de las distorsiones cognitivas en situación de juego

La evaluación de las distorsiones cognitivas se realizó durante el periodo de juego de la evaluación psicofisiológica con un micrófono de solapa colocado en el sujeto y conectado a una platina *JVC KD-A22* utilizada para la grabación de tales verbalizaciones. Asimismo, en los grupos experimentales en los que era pertinente la escucha de dichas verbalizaciones, se empleó un reproductor *Sony CFS-202L* para tal fin.

11.3. MATERIALES

11.3.1. Entrevista

La entrevista, elaborada específicamente para esta investigación, se realizaba personalmente con cada sujeto en la primera sesión del programa con un doble objetivo:

⁴ Las máquinas han sido cedidas gratuitamente por Recreativos Franco, S.A. para la realización de este estudio.

CUADRO 11.1. Descripción de la máquina recreativa «El dado de oro»

EL DADO DE ORO
DESCRIPCIÓN DE LA MÁQUINA
Es una máquina recreativa con premio que mediante la introducción de ficha(s) y accionando el pulsador JUEGUE entra en funcionamiento para realizar jugada(s). El mueble es metálico dando una gran robustez y asegurando un buen apantallamiento eléctrico a tierra.
<u>Monedero electrónico.</u> Admite fichas metálicas del tamaño de una moneda de 25 ptas antigua y con retorno de monedas automático. El precio de una partida es de 25 ptas, no pudiéndose almacenar más de 20 créditos. Una vez que la máquina entra en juego queda bloqueada la entrada de monedas.
<u>Frontal superior.</u> Consta de un metacrilato serigrafiado con los planes de ganancias de la máquina, donde se puede visualizar:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Display. De cuatro dígitos donde se expresa la cuantía en pesetas del premio obtenido, monedas pagadas, etc. ▪ Especial Joker. Cuando sale el JOKER en cualquiera de los proyectores de la línea ganadora se realiza un sorteo dentro del juego ESPECIAL JOKER, optando a los premios reflejados en el frontal. ▪ Bombo de dado. El bombo gira en dos sentidos moviendo el dado y haciendo una lectura de una de sus caras al situarse correctamente en la bota. ▪ Proyectores. Una serie de ventanas, tres en línea horizontal y una superior centrada, donde se visualizan mediante proyectores de luz diferentes figuras. Los tres proyectores inferiores (rodillos) forman la línea ganadora, atendiendo al plan de ganancias; y el superior actúa como comodín, cuando en el juego se concede AVANCES. La figura superior se puede trasladar a cualquiera de las tres ventanas inferiores, a elección del jugador, oprimiendo los botones PULSE correspondientes. ▪ Displays. De dos dígitos que reflejan los créditos por jugar, número de avances que da la máquina, situación dentro del test y número del premio especial. ▪ Luces doble o nada. Indica el resultado del juego a DOBLE o NADA. ▪ Luz deposite monedas. Se ilumina cuando la máquina admite créditos.
<u>Botonera.</u> Consta de siete pulsadores situados en el siguiente orden de derecha a izquierda:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juego. Iniciación de la jugada. ▪ Pulse (derecho). Traslada la figura del proyector superior al derecho. ▪ Pulse (central). Traslada la figura del proyector superior al central y con luz intermitente devuelve el cambio. ▪ Pulse (izquierdo). Traslada la figura del proyector superior al izquierdo. ▪ Cobrar/Parar. Cobra el premio obtenido y detiene el sorteo ESPECIAL JOKER. ▪ Doblar. Da una sola opción a doblar los premios que no superen las 250 ptas. ▪ Dado. Activa el bombo cuando el juego da opción a ello.
En el <u>metacrilato inferior</u> de la puerta se encuentra reflejado la probabilidad media de premios y el nombre de la máquina. Debajo se encuentra una puerta que mediante el accionamiento de una llave, da paso a la lectura de los contadores electromecánicos y electrónicos.
La <u>peana o base de la máquina</u> está construida en madera reforzada con una puerta delantera que sirve para ubicar la documentación, y da acceso a los recipientes de las monedas (hopper).
DESCRIPCIÓN DEL JUEGO
Una vez introducida(s) la(s) ficha(s), comienza el juego al accionar el botón de JUEGUE, poniendo en movimiento las figuras de los cuatro proyectores. Al cabo de unos segundos las figuras se paran, primero el proyector superior y posteriormente los de la línea ganadora de izquierda a derecha.
Si la combinación de figuras en la línea ganadora coincide con alguna de las expresadas en el plan de ganancias, se puede tener opción de COBRAR o bien jugar a DOBLE O NADA según la cuantía del premio.
Dentro de la jugada, la máquina puede dar AVANCES (2-5) reflejando el número de éstos en display de créditos. Con los botones de PULSE se puede bajar la figura del proyector superior a cualquiera de los tres inferiores para configurar una combinación premiada.
JUEGO DADO. Si en los proyectores de la línea ganadora se consiguen dos dados con la misma figura, la máquina ilumina el botón dado de forma intermitente, pulsando éste disminuye un crédito y se pone en movimiento el bombo. Si la figura aleatoria que sale en el dado coincide con las reflejadas en los proyectores, se obtiene el premio que corresponda en el plan de ganancias. Se puede repetir tres veces esta operación para poder conseguir la combinación premiada.
ESPECIAL JOKER. Si en cualquiera de los proyectores sale representada la figura del JOKER se realiza un sorteo de luces en el juego ESPECIAL JOKER, que se puede detener pulsando el botón PARAR, quedando iluminada una luz que representa una cantidad en pesetas o un AVANCE que se incrementa en la FLECHA ascendente terminando en un premio de 500 ptas.

- A. Obtener información para la inclusión/exclusión del sujeto en el programa de tratamiento.
- B. Obtener información relevante sobre cuatro grupos de variables:
1. Datos socio-demográficos.
 2. Diagnóstico de juego patológico y trastornos del estado de ánimo.
 3. Consumo pasado/presente de sustancias adictivas.
 4. Datos referidos a la conducta de juego.

Su aplicación, cuya duración aproximada es de hora y media, se realiza exclusivamente con el sujeto sin la presencia de ningún familiar y enfatizando la confidencialidad de la información recibida. El contenido de la misma se estructura en cuatro apartados:

1. Ficha de datos personales ◇ Datos socio-demográficos.
2. Entrevista estructurada ◇ Diagnóstico de juego patológico y trastornos del estado de ánimo.
3. Preguntas abiertas + cuestionario ◇ Consumo pasado/presente de sustancias adictivas.
4. Entrevista semiestructurada ◇ Datos referidos a la conducta de juego.

TABLA 11.2. Estructura y contenido de la entrevista

SECCIÓN	CONTENIDO
Datos socio-demográficos	Ficha de datos personales <ul style="list-style-type: none"> • Nombre / Dirección / Teléfono • Edad • Estudios / Profesión / Trabajo • Estado civil / N° de hijos • Clase social subjetiva • Fuente que remite • N° de Historia Clínica
Diagnóstico de juego patológico y trastornos del estado de ánimo	Entrevista estructurada <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico DSM-IV de juego patológico • Diagnóstico DSM-IV de trastornos del estado de ánimo <ul style="list-style-type: none"> - Episodio maniaco/hipomaniaco - Episodio depresivo mayor - Trastorno distímico
Consumo pasado/presente de sustancias adictivas	Preguntas abiertas <ul style="list-style-type: none"> • ¿Fuma? • ¿Toma algún tipo de droga? ¿Y en el pasado? Frecuencia, duración e intensidad. • ¿Qué bebe mientras juega? Cuestionario <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de alcoholismo CAGE.
Datos referidos a la conducta de juego	Entrevista semiestructurada <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de secuencias actuales • Historia clínica • Importancia del problema • Motivos por los que juega / Causalidad percibida • Motivación hacia el cambio / Expectativas de cambio • Recursos de autocontrol / Apoyo social

En la elaboración de las preguntas de la entrevista estructurada para el diagnóstico de juego patológico se acudió a las siguientes fuentes: los criterios DSM-IV (A.P.A., 1995), los criterios DSM-IVJ (Fisher, 1992), el Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987) y la escala de detección de la adicción a las máquinas tragaperras (Becoña, 1996d). La entrevista estructurada utilizada para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo fue la guía de entrevista realizada por Zimmerman (1994) y traducida a tal efecto por la autora de este estudio. En la detección de un posible problema de alcohol se empleó el Cuestionario de Alcoholismo CAGE (Hayfield et al., 1974; tomado de Echeburúa, 1994). Por último, la pauta de entrevista general (Llavona, 1993) y la entrevista estructurada de la historia de juego (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa, 1994) junto con otras fuentes (Becoña, 1993a; Brown, 1993b; Lesieur y Blume, 1992) guiaron la confección de la entrevista semiestructurada sobre la conducta de juego.

En la Tabla 11.2. se detalla el contenido de estas cuatro secciones y el Anexo D recoge el protocolo completo de esta entrevista.

11.3.2. Autorregistro de la conducta de juego

Para establecer la línea-base (dos primeras semanas) de la conducta de juego, se utilizó un autorregistro parecido al desarrollado por Echeburúa y Báez (1991; citado en Echeburúa, 1994), con dos modificaciones: (a) se invirtió el orden de las casillas *compañía* y *pensamientos*, de forma que todos los estímulos externos se registraran secuencialmente (*Fecha/Hora/Lugar/Compañía*) y la casilla *pensamientos* (referidos sobre todo al juego) precediera a aquellas que evalúan la conducta de juego (*Tipo de juego/Tiempo empleado/Dinero gastado*) para que fuera más fácil su asociación, (b) se añadió una nueva casilla, que permitiera evaluar las ganas o necesidad de jugar (*Deseo de jugar (0-10)*). Así elaborado el autorregistro se componía de nueve casillas (ver Anexo D):

Fecha Hora	Lugar	Compañía	Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Consecuencias

11.3.3. Instrumentos de autoinforme

A continuación se describen los instrumentos de autoinforme que se aplicaron en la evaluación pre y postratamiento, así como en los sucesivos seguimientos. El Anexo D recoge un ejemplar de cada uno de ellos.

Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1991)

Con objeto de no alargar excesivamente la entrevista con preguntas reiteradas y teniendo en cuenta la dificultad que experimentan los sujetos para concretar los parámetros de una conducta muy variable (al depender de condiciones externas no siempre controlables como la disposición de dinero o de tiempo) se decidió evaluar los parámetros de la conducta de juego con un autoinforme. El Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión para el paciente) (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa, 1994) cubría por completo este objetivo, ya que (a) reúne los principales juegos de apuesta españoles, (b) evalúa los tres parámetros -frecuencia, intensidad y duración- de la conducta, (c) establece un criterio temporal que al ser semanal facilita la labor de concretar una cifra por parte del sujeto y por tanto, favorece la fiabilidad y validez de dicha información.

Este cuestionario se aplicaba en la primera sesión del programa una vez concluida la entrevista. Al cumplimentarse en consulta, el terapeuta podía ayudar al paciente en su realización en caso de que fuera necesario. Posteriormente, en la evaluación postratamiento y en el seguimiento, encabezaba el protocolo de evaluación.

Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996)

Para evaluar las distorsiones cognitivas asociadas al juego se elaboró un instrumento ad hoc compuesto por frases que describían pensamientos característicos de los jugadores de máquinas recreativas con premio. La utilización de otro instrumento, además del registro de las verbalizaciones irracionales durante el juego, queda sobradamente justificado por la conveniencia de utilizar métodos complementarios en la evaluación de cualquier conducta; en este caso un método de observación y otro de autoinforme. Asimismo su uso se fundamenta en dos motivos adicionales:

1. Una condición de juego simulado puede evocar las distorsiones cognitivas más características de esa situación, pero no permite detectar aquellos sesgos que tengan otros momentos de aparición.
2. Se precisaba de un instrumento que permitiera evaluar tales distorsiones a lo largo de todo el proceso de intervención pero sin estar subordinado a la situación de juego.

Para su construcción se seleccionaron aquellas frases del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa, 1994) que reflejaban algún tipo de sesgo cognitivo, se escogieron otras sentencias que sistemáticamente aparecían en los estudios que registraban las verbalizaciones irracionales durante el juego con máquinas recreativas (Gaboury y Ladouceur, 1989; Ladouceur et al., 1989, 1994a) y se elaboraron frases que describían hábitos de los jugadores basados en ideas irracionales (Walker, 1992a, 1993). Para que el cuestionario no tuviera una clara tendencia negativa se diseñaron frases que reflejaran pensamientos racionales sobre el juego de azar, con lo cual el inventario quedó conformado con treinta ítems, consistiendo la tarea en indicar en qué medida la frase es cierta para el sujeto en una escala de cinco puntos de 1 (*no lo pienso nunca*) a 5 (*lo pienso siempre*).

En la Tabla 11.3. se recogen las treinta frases agrupadas en dos grandes categorías: los pensamientos irracionales, que a su vez se clasifican en función del sesgo que mejor representan, y los pensamientos racionales. También se indica el número de ítem que les corresponde en el inventario, sabiendo que la distribución de los pensamientos irracionales fue aleatoria (cada frase, numeradas del 1 al 22, se ordenaba en función de la tabla de números aleatorios), mientras que los pensamientos racionales se intercalaban cada 2-3 pensamientos irracionales.

En las evaluaciones pre y postratamiento se aplicó antes de comenzar la primera sesión de la evaluación psicofisiológica. En los sucesivos seguimientos se administró junto con el resto de los instrumentos, siendo el último en contestarse.

Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987)

Parecía necesario utilizar algún instrumento que de forma sencilla permitiera valorar el funcionamiento del sujeto en diversas áreas susceptibles de verse alteradas por el juego y cuantificar el grado de mejora entre los diversos períodos de evaluación. Para ello se eligió la Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987, citado en Echeburúa y Báez, 1994a), una escala tipo Likert con una gradación de 1 (*nada*) a 6 (*muchísimo*), sensible al cambio terapéutico y que evalúa la adaptación en cinco áreas fundamentales (*trabajo, vida social, ocio, relación de pareja y vida familiar*) junto con una valoración global final.

Esta escala se aplicaba en la primera sesión del programa después de rellenar el Cuestionario de Variables Dependientes del Juego, con la indicación de que las instrucciones «A causa de mis problemas actuales...» hacían referencia al problema de juego actual. También sería el segundo en rellenarse en la evaluación postratamiento y en el seguimiento.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1979)

Aunque ya se disponía de una medida de depresión, que era el diagnóstico DSM-IV de trastorno del estado de ánimo, se estimó pertinente utilizar otro instrumento que permitiera valorar la presencia de síntomas depresivos en los distintos momentos de evaluación del programa. Una sintomatología concomitante al juego patológico, cuya cuantificación aporta un dato más sobre el estado general y la evolución del sujeto.

Su carácter autoaplicado, sus características psicométricas, su utilización con poblaciones muy dispares y su sensibilidad al cambio terapéutico decantaron la elección del BDI. En esta investigación se utilizó la versión autoaplicada de veintiún ítems traducida al castellano por Vázquez (Vázquez y Sanz, 1997, 1999). Cada ítem está compuesto por cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos), siendo la tarea del sujeto elegir aquella frase que se aproxime más a cómo se ha sentido durante la última semana (Vázquez, 1995). Dicho cuestionario se entregaba en la primera sesión de tratamiento para su realización en casa y posterior entrega en la siguiente sesión. En la evaluación postratamiento también se cumplimentaba en casa y en el seguimiento se aplicaba en tercer lugar, después de la Escala de Adaptación.

TABLA 11.3. Ítems del Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996)

<p>PENSAMIENTOS IRRACIONALES</p>	<p>Ilusión de control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto. [6] * • Tengo un «sistema» para ganar en el juego. [1] * • Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas. [26] * • Pienso que soy más listo que los demás y que a la larga ganaré. [19] * • Pienso que soy bueno en este juego y que, por tanto, llegaré a controlarlo. [23] <p>Sesgo de las explicaciones <i>post hoc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suelo predecir tanto los resultados positivos como los negativos. [2] • Suelo anticipar cuando va a tocar un gran premio. [22] <p>Atribución flexible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si gano, tiendo a pensar que mi «sistema» ha funcionado o que lo he hecho bien. [4] * • Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte. [29] * <p>Heurístico de la representatividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando una máquina lleva muchas jugadas sin dar premios, pienso que está «caliente», que pronto va a tocar algo. [12] • Cuando una combinación de frutas lleva mucho tiempo sin aparecer, pienso que está a punto de salir. [11] • No dejo jugar a otros en «mi máquina» hasta que no haya acabado. [15] <p>Heurístico de la disponibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar. [8] * • Me imagino el estruendo de una máquina tragaperras cuando da premios y pienso lo probable que es que me toque también a mí. [25] <p>Correlación ilusoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc. [13] * • Cuando estoy jugando casi siempre hago las mismas cosas y en el mismo orden. [20] • Tengo un lugar y/o una máquina favorita en los que las posibilidades de ganar son mayores. [27] • A veces voy con la «sensación» de que voy a ganar. [5] * <p>Fijación en frecuencias absolutas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me considero una persona con suerte en el juego («suertuda»). [18] • He ganado muchas veces, de hecho al final siempre salgo ganando. [30] <p>Perder por poco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando pierdo y he estado «cerca», pienso que «casi gano». [16] * <p>Diferencia entre el azar y la suerte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad. [9] *
<p>PENSAMIENTOS RACIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las máquinas tragaperras no se pueden controlar. [3] • Pienso que en las máquinas tragaperras hay más posibilidades de perder que de ganar. [7] • Pienso que a la larga se acaba siempre perdiendo. [10] • Cada partida es independiente de las demás, por tanto, los resultados de una jugada no influyen en los resultados de las siguientes. [14] • Pienso que no se pueden predecir los resultados. [17] • Por mucho que juegue no llegaré a controlar las máquinas tragaperras. [21] • Pienso que es el azar el que determina los resultados del juego. [24] • Pienso que jugando no llegaré a recuperar el dinero perdido. [28]

[1nº ítem en el inventario.

* Frases extraídas del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1991).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)

Como dato complementario a la sintomatología depresiva parecía oportuno cuantificar de alguna manera el nivel de ansiedad, ya que la situación de estrés en que viven los jugadores patológicos y el hecho de que generalmente busquen ayuda terapéutica en momentos de crisis hacen pensar que padezcan niveles de ansiedad elevados (Echeburúa y Báez, 1994a). Con este objetivo se aplicó la versión adaptada y traducida al castellano (TEA, 1986) del STAI (subescala ansiedad-estado) que consta de veinte ítems puntuables en una escala de cuatro puntos de 0 (*nada*) a 3 (*mucho*) a los que el sujeto debe responder informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (Miguel-Tobal, 1995).

En la evaluación pretratamiento se entregaba junto con el BDI para cumplimentarlo también en casa y entregarlo en la siguiente sesión. En la evaluación postratamiento se realiza de nuevo en casa, y en el seguimiento se aplicaba en cuarto lugar, después del BDI.

Material empleado en la evaluación psicofisiológica

Se consideró la conveniencia de complementar un método objetivo de evaluación de la activación, como el registro de la tasa cardíaca y la respuesta electrodérmica, con una medida subjetiva de dicha activación. Con este objetivo se elaboraron dos escalas tipo Likert, con una gradación de cinco puntos, que debían cumplimentarse al finalizar cada sesión psicofisiológica. En la primera de ellas el sujeto tenía que indicar cuál era su estado de ánimo durante el juego (*aburrimiento-relajación-normal-excitación-ansiedad*) y en la siguiente la sensación que le producía este estado de ánimo (*muy desagradable-desagradable-neutra-placentera-muy placentera*).

Del mismo modo, el período de juego de la evaluación psicofisiológica ofrecía la oportunidad de valorar in situ dos sesgos cognitivos muy concretos: la falacia del jugador tipo I y la atribución de los resultados a la suerte y a la habilidad. Para ello se elaboró un instrumento ad hoc que se aplicaba en las tres sesiones que componían cada evaluación psicofisiológica pre y postratamiento. Dicho instrumento constaba de una escala tipo Likert de 0 a 100, en la cual el sujeto debía indicar (antes de comenzar la sesión de evaluación psicofisiológica) qué posibilidades (en porcentaje) consideraba que tenía de ganar en el período de juego que se iba a desarrollar a continuación; y una pregunta en la que se le pedía (al finalizar la sesión de registro psicofisiológico) que estableciera el porcentaje (cuya suma debía ser igual a 100) de los resultados atribuido al azar, a la suerte y a la habilidad.

11.3.4. Material utilizado en el tratamiento

A continuación se describe el material (ver Anexo E) que acompañaba a la aplicación de las técnicas de Modificación de Conducta elegidas para conformar los diversos grupos experimentales. A lo largo de todo el proceso de intervención, y con independencia del grupo experimental al que se perteneciera, los

sujetos debían cumplimentar semanalmente el autorregistro de la conducta de juego que ya ha sido comentado (ver epígrafe 11.3.2.).

Terapia cognitiva

En los grupos experimentales cuyo protocolo de tratamiento incluía la terapia cognitiva, el autorregistro de la conducta de juego iba sufriendo variaciones secuenciales acordes con la relevancia otorgada a las distorsiones cognitivas. De manera que todas las casillas referidas a los estímulos externos (*Fecha/Hora/Lugar/Compañía*) se eliminaban, dando paso a una casilla para los *pensamientos* de dimensiones mayores que obligaba a prestar más atención a esta variable y además permitía describir exhaustivamente el contenido de tales pensamientos. A su vez, al mismo tiempo que se efectuaban las oportunas explicaciones sobre el concepto de irracionalidad, al autorregistro se le añadía una columna para indicar si tal pensamiento era correcto (racional) o erróneo (irracional). Finalmente, al avanzar el entrenamiento en la corrección de las distorsiones cognitivas se introducía una nueva columna que permitía realizar esta tarea en el autorregistro.

La explicación de la noción de irracionalidad iba además acompañada de la entrega al sujeto de una hoja-resumen de los sesgos cognitivos más típicos de los jugadores de máquinas recreativas con premio. El objetivo era facilitar la comprensión de las explicaciones y servir de recordatorio de las mismas.

Exposición en vivo con prevención de respuesta

Para anotar las tareas de exposición se utilizó un autorregistro que incluía las tres variables imprescindibles a registrar en la aplicación de la autoexposición: la tarea a realizar, el tiempo invertido y el grado de ansiedad experimentado. Al añadir algunas variables situacionales complementarias el autorregistro quedaba configurado con ocho casillas:

Fecha	Tarea a realizar	Lugar	Compañía	Tiempo	Ansiedad (0-10)			Pensamientos	Observaciones
					antes	durante	después		

Entrenamiento en solución de problemas

Esta técnica se acompañaba del material elaborado por Becoña (1993c) para la aplicación del entrenamiento en solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971, citado en Becoña, 1993c).

11.4. DISEÑO EXPERIMENTAL

Diseño experimental multigrupo, con cuatro grupos, de eficacia comparativa de tratamiento.

11.4.1. Variable independiente

La variable independiente es la intervención psicológica, esto es, el programa de tratamiento del juego patológico aplicado a jugadores de máquinas recreativas con premio, con objeto de conseguir la abstinencia en este tipo de juego. Este factor asume cuatro niveles:

1. Terapia cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas.
2. Terapia cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + exposición en vivo con prevención de respuesta.
3. Control de estímulos + exposición en vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas.
4. Control de estímulos + exposición en vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + terapia cognitiva.

Que constituyen los cuatro grupos experimentales:

- a₁: Tratamiento cognitivo.
- a₂: Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición.
- a₃: Tratamiento de exposición.
- a₄: Tratamiento de exposición + sesiones cognitivas.

11.4.2. Variables dependientes

Las variables dependientes analizadas fueron las siguientes:

- Resultado de la intervención.
- Conducta de juego.
- Activación psicofisiológica.
- Distorsiones cognitivas.
- Conductas motoras durante el juego.
- Variables de adaptación y sintomatología concomitante.

A continuación se describe operativamente cada una de ellas.

Resultado de la intervención

Esta variable se operativiza de la siguiente manera:

Resultado final

Es una variable cualitativa que toma dos valores:

- Éxito: abstinencia o la ocurrencia de uno o dos episodios aislados de juego con máquinas recreativas con premio, al año de seguimiento, siempre que el gasto total no sea superior al de una semana de juego en la fase pretratamiento.
- Fracaso⁵: existencia de recaídas en el juego con máquinas recreativas con premio al año de seguimiento o abandono/expulsión en algún momento del programa. Se incluyen, por tanto, las siguientes variaciones:
 - Abandono del tratamiento.
 - Expulsión del tratamiento.
(criterio: faltas continuadas y/o no realización de las tareas de forma reiterada; así como engaños sobre la implicación en el juego)
 - Recaída al finalizar el tratamiento.
(criterio: más de dos episodios aislados de juego con máquinas recreativas con premio o un gasto superior al de una semana de juego en el pretratamiento)
 - Abandono durante el seguimiento.
 - Recaída + abandono en el seguimiento.
 - El sujeto ha seguido jugando y no se descubre hasta el seguimiento o se confirma la sospecha en el seguimiento.
 - Se sospecha que el sujeto juega pero sin datos objetivos.
 - Expulsión del seguimiento (no se continúa con el seguimiento porque se ha ocultado la existencia de episodios de juego a lo largo del mismo).

Seguimiento (1, 3, 6, 9 y 12 meses)

Es una variable cualitativa que establece la situación de juego en cada uno de estos períodos:

- Abstinencia: si el sujeto no ha jugado a las máquinas recreativas con premio durante ese período.
- Caída: si el sujeto ha experimentado 1-2 episodios de juego con máquinas recreativas con premio durante ese período, no superando el gasto total el de una semana de juego en el pretratamiento⁶.
- Recaída: si el sujeto ha experimentado más de 2 episodios aislados de juego con máquinas recreativas con premio o un gasto superior al de una semana de juego en el pretratamiento, durante el período evaluado⁶.

⁵ Con este criterio conservador se pretende que las cifras de éxito no queden ficticiamente engrosadas por condiciones que rigurosamente no pueden considerarse un éxito terapéutico; y más en un trastorno caracterizado por el engaño con el fin de ocultar el grado de implicación en el juego.

⁶ Se selecciona el criterio establecido por Echeburúa et al. (1994a, 1996).

Adherencia al tratamiento

A. Abandono

Variable cualitativa que toma dos valores:

- Abandono en algún momento del programa, ya sea durante el tratamiento o el seguimiento.
- Ausencia de abandono, esto es, se realiza el programa íntegro (tratamiento + seguimiento).

B. Comportamiento

Es una variable cualitativa que hace referencia a la conducta de asistencia del sujeto a las sesiones clínicas y toma tres valores:

- Adecuado: llega a su hora a la consulta o avisa previamente de la imposibilidad de asistir.
- Llega tarde a la consulta o falta en alguna ocasión injustificadamente.

Conducta de juego

La definición operativa de esta variable cuantitativa incluye los tres parámetros de la conducta de juego medidos en los periodos pre y postratamiento y en los cinco seguimientos posteriores:

- Frecuencia de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio
Medida con el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1991), pregunta número ① de la versión para el paciente; y con el autorregistro de la conducta de juego, que se utiliza también para medir el número de veces que se juega entre las sesiones de tratamiento.
- Intensidad de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio
Medida con el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1991), pregunta número ② de la versión para el paciente; y con el autorregistro de la conducta de juego, que se utiliza también para medir el gasto de dinero en juego entre las sesiones de tratamiento.
- Duración de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio
Medida con el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1991), pregunta número ③ de la versión para el paciente; y con el autorregistro de la conducta de juego, que se utiliza también para medir el tiempo empleado en el juego entre las sesiones de tratamiento.

Activación psicofisiológica

Se obtiene una medida objetiva de la activación psicofisiológica a través del registro, cada cinco segundos, de la respuesta electrodérmica (SCL) y la tasa cardíaca (HR) en una situación simulada de juego en una máquina recreativa tipo B. Esta condición se repite tres veces, dos en la misma sesión y la tercera en una sesión posterior, con el objeto de disponer de tres mediciones pretratamiento y otras tres postratamiento.

Se obtiene una medida subjetiva de la activación psicofisiológica utilizando las dos escalas tipo Likert diseñadas a tal efecto (ver epígrafe 11.3.3.) y aplicadas en las tres ocasiones de juego pre y postratamiento.

La realización de dos mediciones consecutivas y una posterior descansa en el hecho de que la conducta de riesgo monetario incrementa en función de la exposición al juego, y por consiguiente es posible que la activación psicofisiológica también.

Distorsiones cognitivas

Se define operativamente como cualquier heurístico o sesgo referente a los juegos de azar. La medición de esta variable cuantitativa se lleva a cabo usando un método observacional y dos de autoinforme.

Método observacional

Se graban las verbalizaciones de los sujetos emitidas durante el período de juego⁷ de la evaluación psicofisiológica (tres medidas pre y tres medidas post) y en su análisis posterior se aplican dos fórmulas (Walker, 1992b):

Tasa de producción de frases irracionales:	Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias:
$I/(I+R+D+E+O)$	$I/(I+R)$
donde,	I = frecuencia frases irracionales R = frecuencia frases racionales D = frecuencia frases descriptivas E = frecuencia frases emocionales O = frecuencia otras frases

La clasificación de las verbalizaciones la realizan cuatro jueces independientes siguiendo la propuesta de categorías establecida por Walker (1992b), cuya descripción se reproduce a continuación:

CATEGORÍAS DE PENSAMIENTOS	
Descriptivos (D)	⇒ Frases que describen algún aspecto del juego.
Racionales (R)	⇒ Frases que hacen referencia a estrategias que son correctas (óptimas para ganar) en relación con la estructura del juego. <ul style="list-style-type: none"> ▫ frases sobre probabilidades o casualidades que son correctas ▫ frases sobre la imposibilidad de control de los resultados ▫ diferenciación sobre acciones razonables e irrazonables ▫ frases de estrategias cuando son correctas ▫ análisis objetivo de varias opciones del juego
Irracionales (I)	⇒ Frases que hacen referencia a estrategias que son incorrectas o a un intento de influir en el resultado de una manera que es inapropiada. <ul style="list-style-type: none"> ▫ establecimiento de una relación causa-efecto incorrecta ▫ hipótesis basadas en la superstición, sistemas o predicciones ▫ racionalizar una pérdida o una «casi ganancia» en términos de factores o agentes inapropiados ▫ personificación de la máquina ▫ referencia a habilidades personales cuando están ausentes o son imposibles ▫ referencia a la suerte personal como un factor predictivo o explicativo
Emocionales (E)	⇒ Frases que expresan sentimientos sobre un resultado del juego
Otros (O)	⇒ Cualquier otra frase (como hablar dirigiéndose a la persona que está grabando) o ruidos/exclamaciones (tales como gruñidos) que no pueden ser incluidos en ninguna de las cuatro categorías anteriores.

⁷ La validez ecológica de este procedimiento queda confirmada en el estudio de Ladouceur et al. (1991), donde se resalta la necesidad de establecer ciertas condiciones para la consecución de la misma, como son la estructura del juego y, fundamentalmente, la posibilidad de que el sujeto se lleve el dinero ganado.

Método de autoinforme

Las distorsiones cognitivas se evalúan con el Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996) y las dos escalas tipo Likert diseñadas con este propósito (ver epígrafe 11.3.3.).

Conductas motoras durante el juego

Esta variable, medida con un método observacional durante el periodo de juego de la evaluación psicofisiológica, se operativiza de la siguiente manera:

Número de monedas que se introducen en la máquina

Variable cualitativa que toma tres valores:

- Introduce las monedas de una en una.
- Introduce varias monedas seguidas, sin número fijo.
- Introduce varias monedas seguidas, siempre el mismo número.

Dedos que se utilizan para jugar

Variable cualitativa que adopta los siguientes valores:

- Pulgar (botón de «jugar»), índice (demás botones).
- Pulgar (botón de «jugar»), medio (demás botones).
- Pulgar (botón de «jugar»), índice y medio (demás botones).
- Índice (todos los botones).
- Medio (todos los botones).
- Índice y medio (todos los botones).
- Palma de la mano (botón de «jugar»), índice y/o medio (demás botones).
- Palma de la mano (todos los botones).
- Cualquier dedo indistintamente.
- Dar a los botones como si se estuviera tocando el piano.
- Otros.

Intensidad del golpe al dar a los botones

Variable cualitativa que adopta los siguientes valores:

- Suavemente.
- Golpe seco (golpe limpio, rotundo y sonoro).
- Golpe fuerte.
- Golpe seco y fuerte.
- Golpe seco y/o fuerte sólo a determinados botones.

Manejo de monedas

Variable cualitativa que hace referencia a qué hace el sujeto con las monedas (que tiene para jugar o de los premios) durante el período de juego. Toma los siguientes valores:

- No mantiene monedas en la mano.
- Coge monedas antes de acabarse la jugada o antes de que se agoten las que la máquina tiene todavía en crédito.
- Mantiene monedas en la mano constantemente.

Rodillos

Variable cualitativa que refleja la conducta de los sujetos cuando la máquina le da la opción de mover los símbolos de sus rodillos de uno en uno (juego de los *avances*), ya que en esta situación es posible que el sujeto se acerque a la máquina para poder ver los símbolos situados próximos a la línea ganadora.

- No se acerca a mirar los rodillos.
- Se acerca a mirar los rodillos en algunas ocasiones.
- Se acerca a mirar los rodillos en todas las ocasiones.

Otras

Esta categoría engloba otras conductas motoras no descritas en las anteriores, por tanto es una variable cualitativa que incluye los siguientes niveles:

- Ausencia de conductas motoras adicionales
- Se mueve en la banqueta. (1)
- Empuja o da golpes a la máquina. (2)
- Da continuamente a algún botón. (3)
- Mantiene la mano derecha sobre el panel de botones. (4)
- Varias conductas de las anteriores (1-4).
- Utiliza los *avances* indistintamente. (5)
- No utiliza los *retener* (opción que permite parar 1 ó 2 rodillos de los tres disponibles). (6)
- Utiliza los avances indistintamente y no utiliza los *retener*. (7)
- No utiliza el *juego del dado* (juego adicional de la máquina El dado de Oro). (8)
- Varias conductas de las anteriores (5-8).
- Varias conductas de la 1-4 + alguna conducta de la 5-8.

Estas seis variables reflejan fundamentalmente hábitos motores del jugador y por ello se espera que no tengan una gran variabilidad a lo largo de las tres sesiones psicofisiológicas consecutivas. Por esta razón los datos se han reducido a una sola medición en cada período pre y postratamiento, eligiendo el valor que más se repite en cada una de estas conductas motoras.

Recoger monedas

Esta variable cualitativa describe si el sujeto invierte las monedas de los premios en el juego.

- No recoge monedas (sólo se gasta las 100 fichas obligatorias).
- Recoge monedas.

Aceptar el dinero

Variable cualitativa que indica si el sujeto coge el dinero que le corresponde por las fichas ganadas.

- No lo coge.
- Sí lo coge.

Por su parte, estas dos últimas conductas reflejarían más bien la implicación del sujeto en el juego como consecuencia de la exposición al mismo y por ello resulta pertinente utilizar las tres medidas consecutivas en cada período pre y postratamiento.

Variables de adaptación y sintomatología concomitante

Para medir la evolución de estas variables a lo largo del programa se empleó un método de autoinforme, en concreto, para cuantificar el funcionamiento del sujeto en general y en determinadas áreas como el trabajo, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la vida familiar se utilizó la Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987), la sintomatología depresiva se cuantificó con el BDI y el estado de ansiedad con el STAI (A-E).

11.4.3. Variables extrañas o contaminadoras

Asignación de los sujetos a los grupos experimentales

En la asignación de los sujetos varones a los grupos experimentales se aplicó la técnica de la aleatorización que, realizada antes de comenzar el experimento, consistió en distribuir los números de historia clínica (de los varones) en los tratamientos a partir de la tabla de números aleatorios.

Los estudios epidemiológicos habían revelado una afluencia menor de mujeres a tratamiento, por esta razón y con objeto de que todos los grupos tuvieran la misma proporción de mujeres se eligió la técnica de balanceo para su asignación a los grupos experimentales. De manera que a la primera mujer incluida en el tratamiento le correspondería el grupo experimental a_1 , a la segunda el a_2 , a la tercera el a_3 , a la cuarta el a_4 y así sucesivamente comenzando de nuevo la secuencia establecida.

Terapeuta

En el control de esta variable extraña se aplicó la constancia. En todos los sujetos el proceso de intervención íntegro, esto es, la evaluación, el tratamiento y los sucesivos seguimientos, fue ejecutado por la autora de esta tesis, psicóloga clínica con el grado de Magister en Modificación de Conducta: Intervención Conductual en Psicología de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid.

Ubicación de las sesiones clínicas

Todo el experimento se desarrolló en dos cabinas experimentales Faraday habilitadas a tal efecto. Conectadas por un espejo unidireccional, una de ellas se utilizaba para la realización de la evaluación psicofisiológica, mientras que en la otra transcurrían el resto de las sesiones de evaluación y todas las sesiones de tratamiento y seguimiento (ver Figura 11.1.).

11.5. PROCEDIMIENTO

11.5.1. Captación de los sujetos

En una primera fase del experimento se contactó con varias asociaciones e instituciones que podrían estar interesadas en conocer el Programa de tratamiento para el juego patológico que se iba a desarrollar en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. De esos contactos iniciales surgió una fructífera relación con la Asociación Madrileña de Jugadores en Rehabilitación (A.M.A.J.E.R). Asimismo organismos como la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (F.A.D.), el Teléfono de la Esperanza, el 010 del Ayuntamiento de Madrid y diversos Centros de Salud y Atención a Drogodependientes (C.A.D.) de la Comunidad de Madrid disponían de la información precisa para remitir sujetos en los casos pertinentes.

Una vez que el sujeto era remitido al programa de tratamiento su primer contacto con el mismo se hacía a través del personal administrativo, perteneciente al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I y al Master en Modificación de Conducta: Intervención Conductual en Psicología de la Salud, que le informaba sobre las características generales de dicho programa. En este primer contacto telefónico, el sujeto sólo debía indicar su nombre y número de teléfono, ya que posteriormente sería la terapeuta quien se encargase de darle cita para consulta. La norma, con objeto de atender adecuadamente a los pacientes y no perder sujetos experimentales, fue la de devolver la llamada ese mismo día o como muy tarde al día siguiente.

Cuando se concretaba el día y la hora de consulta al sujeto se le asignaba un número de historia clínica (del 1-80 si era hombre y a partir del 101 a las mujeres) que indicaba el orden en el que había sido incluido en el programa. Para su aceptación debía cumplir dos criterios:

1. Su actividad de juego principal debía ser las máquinas recreativas con premio.
2. Esta problemática no debía coexistir con un problema de alcohol.

11.5.2. Inclusión/exclusión de los sujetos en el experimento

Después de las presentaciones oportunas y de una breve explicación sobre el funcionamiento y contenido del programa se procedía, si el sujeto no deseaba comentar o preguntar algo, a cumplimentar la ficha de datos personales. En segundo lugar se le aplicaba la entrevista estructurada para el diagnóstico DSM-IV de juego patológico. Si cumplía dichos criterios se llevaba a cabo la entrevista estructurada para

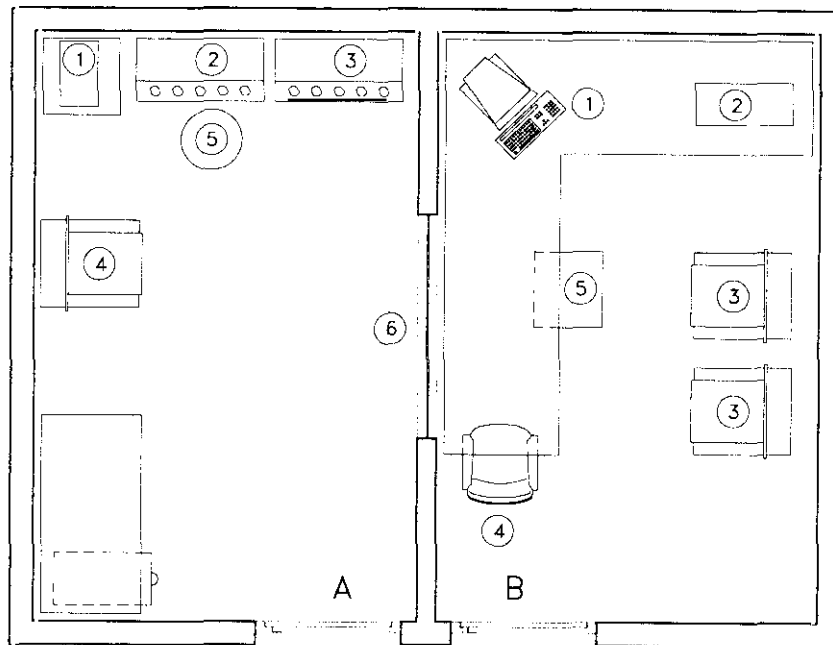


FIGURA 11.1. Cabinas experimentales Faraday

A Cabina Faraday destinada a la evaluación psicofisiológica.

- 1 Polígrafo
- 2 Máquina recreativa tipo B modelo *El dado de Oro*.
- 3 Máquina recreativa tipo B modelo *El gran Aladino*.
- 4 Disposición del sujeto durante los períodos de adaptación y línea-base (sentado en el sofá).
- 5 Disposición del sujeto durante el período de juego (sentado en la banqueta).

B Cabina Faraday destinada a la aplicación del programa de intervención.

- 1 Ordenador: registro y almacenamiento de los datos de la evaluación psicofisiológica.
- 2 Platina y reproductor de audio.
- 3 Disposición del paciente (y acompañantes) durante la evaluación y el tratamiento
- 4 Disposición del terapeuta durante la evaluación y el tratamiento.
- 5 Disposición del terapeuta durante la evaluación psicofisiológica.
- 6 Espejo unidireccional.

el diagnóstico DSM-IV de trastornos del estado de ánimo, comenzando secuencialmente y de forma excluyente por la evaluación del episodio maniaco/hipomaniaco y continuando con el episodio depresivo mayor y el trastorno distímico. Finalmente se le planteaban las preguntas abiertas para valorar el consumo pasado/presente de sustancias adictivas y las correspondientes al cuestionario CAGE para ratificar la no existencia de un problema de alcohol.

Con esta información se aplicaban los criterios de inclusión/exclusión que se resumen en el Cuadro 11.2. Si el sujeto era incluido en el programa se continuaba con la entrevista semiestructurada sobre la conducta de juego, y en caso de que fuera excluido se le remitía a las asociaciones o instituciones oportunas (dejando vacante el número de historia clínica para el siguiente sujeto que fuera incluido en el programa).

Fueron 33 los sujetos que por no acudir a la primera entrevista o cumplir alguno de los criterios de exclusión no formaron parte del experimento, en concreto:

Motivo	Nº sujetos
No presentarse a la primera entrevista	15
No cumplir los criterios DSM-IV de juego patológico	1
Coexistencia de problemas de alcohol	5
Esquizofrenia	1
Trastorno bipolar	1
Analfabetos	2
Disminuidos psíquicos	1
Motivaciones contrarias a la abstinencia al juego u otras intenciones claras que no sean la de dejar de jugar	7
TOTAL	33

CUADRO 11.2. Criterios de inclusión/exclusión de los sujetos en el experimento

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad de juego principal: máquinas recreativas con premio. 2. Cumplir los criterios DSM-IV para diagnóstico de juego patológico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de un episodio maniaco. 2. Coexistencia de un problema de alcohol. 3. Analfabetos o disminuidos psíquicos. 4. Motivaciones contrarias a la abstinencia al juego u otras intenciones claras que no sean la de dejar de jugar. 5. Seguir algún tipo de terapia para el tratamiento del juego patológico en el momento de estudio.

11.5.3. Evaluación pretratamiento

Se realizaba en las dos primeras semanas y constaba de dos partes claramente diferenciadas que eran la aplicación de los instrumentos de autoinforme y la evaluación psicofisiológica.

Aplicación de los instrumentos de autoinforme

Una vez finalizada la entrevista e incluido el sujeto en el programa de tratamiento, éste debía contestar el Cuestionario de Variables Dependientes del Juego y la Escala de Adaptación en consulta. Para concluir esta primera sesión se le explicaba por qué y cómo debía cumplimentar el autorregistro de la conducta de juego y se le encomendaba la realización del BDI y el STAI en casa, enfatizando la importancia de realizar y entregar todas las tareas puntualmente.

Evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas en situación de juego

El proceso de evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas en el período de juego se realizaba en la segunda semana del programa y constaba de tres sesiones desarrolladas de la siguiente manera:

1ª sesión

1. Resumen de la importancia de evaluar la activación y los pensamientos durante el juego (los sujetos y sus familiares eran informados de la existencia de esta evaluación y de sus características generales en la primera sesión del programa).
2. Entrenamiento en el método de pensar en voz alta.

Con objeto de que el sujeto emitiera el mayor número posible de verbalizaciones y además se familiarizase e implicara en el juego, se le permitía jugar durante 15-20' sin la presencia del terapeuta (que comprobaba a través del espejo unidireccional el desarrollo y ejecución de la tarea) atendiendo a las siguientes instrucciones para pensar en voz alta:

INSTRUCCIONES PARA PENSAR EN VOZ ALTA

1. Di todo aquello que pase por tu mente.
No censes intenciones, ideas o imágenes.
No trates de juzgar lo que es interesante o no.
2. Habla tan continuamente como sea posible, incluso si tus ideas no están bien estructuradas o son repetitivas.
3. Habla alto y claro.
4. Puedes hablar en un estilo telegráfico, no te preocupes por completar las frases.
5. No trates de justificarte a ti mismo.

Fuente: Gaboury y Ladouceur (1989)

3. Inventario de Pensamientos.

Una vez que el sujeto emitía las verbalizaciones de una forma continuada, se le pedía que contestase el Inventario de Pensamientos. Mientras tanto el terapeuta preparaba las cien fichas con las que iba a jugar el sujeto en el período de juego de la evaluación psicofisiológica que estaba a punto de comenzar.

4. Escala tipo Likert.

Finalizado el Inventario de Pensamientos el sujeto rellenaba la escala tipo Likert donde debía indicar las posibilidades (en porcentaje) que consideraba que tenía de ganar en el periodo de juego que se iba a desarrollar a continuación.

5. Evaluación psicofisiológica

El esquema de cada sesión de evaluación psicofisiológica propiamente dicha se describe en el Cuadro 11.3.

6. Escalas tipo Likert

Concluido el periodo de juego el sujeto debía establecer qué porcentaje (cuya suma debe ser igual a 100) de los resultados atribuye al azar, a la suerte y a la habilidad e indicar en las dos escalas tipo Likert la activación percibida.

2ª sesión

1. Después de un descanso de unos 10', en el que no estaba permitido fumar ni tomar café, se reiniciaba la evaluación psicofisiológica.
2. Escala tipo Likert.
3. Evaluación psicofisiológica.
4. Escalas tipo Likert.

3ª sesión

Se realiza en la misma semana que las dos anteriores pero uno o varios días después.

1. Escala tipo Likert.
2. Evaluación psicofisiológica.
3. Escalas tipo Likert.

11.5.4. Tratamiento

Los programas de intervención integran el componente de tratamiento principal (terapia cognitiva versus exposición en vivo con prevención de respuesta) con los complementos terapéuticos comunes a todos los programas (entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas). De su combinación surgen cuatro programas de intervención, dos sencillos (tratamiento cognitivo y tratamiento de exposición) y otros dos combinados, que incluyen los dos componentes principales en orden inverso (tratamiento cognitivo + sesiones de exposición y tratamiento de exposición + sesiones cognitivas).

La intervención comienza en la tercera semana del programa, y mientras que los tratamientos sencillos se configuran en ocho sesiones, los tratamientos combinados incluyen cuatro sesiones adicionales lo que amplía su duración a un total de doce.

La Tabla 11.4. muestra las técnicas introducidas en cada sesión de los distintos programas de tratamiento y en el Anexo E se puede observar el diario detallado de estas sesiones.

CUADRO 11.3. Esquema de las sesiones de evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA Y DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN SITUACIÓN DE JUEGO

1. Colocación del sensor de pulso cardíaco en el dedo índice de la mano izquierda (1').
Colocación de los electrodos de la respuesta electrodérmica en las falanges distales de los dedos anular y medio de la mano izquierda (1').
2. Período de adaptación (5'-10').
 - Preguntar si se encuentra cómodo en el sofá y hacer hincapié en la posición en la que debe estar sentado (recostados sobre el respaldo, sin doblar las piernas).
 - Indicar en qué va a consistir la sesión:
 - 1°. *Periodo línea-base.* Período en el que no debe hacer nada, simplemente estar tranquilo, sin moverse. Es un período corto, de unos minutos.
 - 2°. *Periodo de juego.* Período en el que estará jugando en una de las máquinas. Jugará con fichas como en la sesión de entrenamiento en pensar en voz alta, pero con una diferencia muy importante: al terminar la sesión las fichas que haya ganado se le cambiarán por el dinero correspondiente, como en los casinos.

Para empezar a jugar, le voy a dar 100 fichas (2500 ptas, ya que cada ficha vale 25 ptas). Usted deberá jugar las 100 fichas que se le dan en esta tarrina. No podrá coger ninguna de las fichas-premio de la bandeja de la máquina hasta que no haya echado las 100 fichas originales.

¿Qué hacer cuando acabe las 100 fichas?. Tiene dos opciones:

 - *Plantarse.* Usted decide que ha terminado de jugar una vez que ha echado las 100 fichas obligatorias. De manera que las fichas-premio que haya podido ganar se le cambian por dinero.
 - *Seguir jugando.* Cuando se le hayan terminado las 100 fichas originales, coge las fichas-premio de la bandeja de la máquina las pone en la tarrina y continua jugando. Una vez que usted decida que ha terminado de jugar, las fichas-premio que haya podido ganar se le cambian por dinero.

Durante todo el período de juego debe verbalizar todos aquellos pensamientos que se le pasen por la cabeza, como en la sesión de entrenamiento.
3. Período de línea-base. (3')
4. Período de juego (12-∞).
 - Mientras se coloca el sujeto en la banqueta en la que va a jugar sentado, se le recuerdan las instrucciones de juego:
 - Debe gastar las 100 fichas originales, sin recoger las fichas-premio de la bandeja de la máquina.
 - La tarrina con las fichas debe sostenerla sobre la mano izquierda (incluido zurdos).
 - Durante el juego debe verbalizar sus pensamientos (colocación del micrófono), como en la sesión de entrenamiento (en el panel frontal de la máquina hay una pegatina a modo de recordatorio con la siguiente instrucción: «¿Qué estás pensando en este momento? Recuerda que debes decir en alto todo aquello que pase por tu mente.»).
 - Una vez que se le acaben las 100 fichas originales puede plantarse o continuar jugando.

Recuerde: si decide continuar jugando coja las fichas-premio de la bandeja y métalas en la tarrina y siga jugando hasta que usted considere.

En cualquier caso, cuando decida que ha terminado de jugar, dígalos en alto y vendré a quitarle los electrodos y a cambiarle las posibles fichas-premio por dinero (recuerde: 1 ficha = 25 ptas.).
 - Cuando vea que se enciende esta luz puede usted comenzar a jugar.

TABLA 11.4. Secuencia de las técnicas utilizadas en los programas de tratamiento

N° sesión	Tratamiento cognitivo (a ₁)	Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición (a ₂)	Tratamiento de exposición (a ₃)	Tratamiento de exposición + sesiones cognitivas (a ₄)
1	Terapia cognitiva	Terapia cognitiva	Control de estímulos Exposición en vivo con prevención de respuesta I	Control de estímulos Exposición en vivo con prevención de respuesta I
2	Terapia cognitiva	Terapia cognitiva	Exposición en vivo con prevención de respuesta II	Exposición en vivo con prevención de respuesta II
3	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas I	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas I	Actividades gratificantes alternativas	Actividades gratificantes alternativas
4	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas II	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas II	Entrenamiento en solución de problemas I	Entrenamiento en solución de problemas I
5	Entrenamiento en solución de problemas III	Entrenamiento en solución de problemas III	Entrenamiento en solución de problemas II	Entrenamiento en solución de problemas II
6	Repaso de técnicas	Repaso de técnicas	Entrenamiento en solución de problemas III	Entrenamiento en solución de problemas III
7	Prevención de recaídas I	Prevención de recaídas I	Prevención de recaídas I	Prevención de recaídas I
8	Prevención de recaídas II	Prevención de recaídas II	Prevención de recaídas II	Prevención de recaídas II
9		Exposición en vivo con prevención de respuesta I		Terapia cognitiva
10		Exposición en vivo con prevención de respuesta II		Terapia cognitiva
11		Exposición en vivo con prevención de respuesta II		Terapia cognitiva
12		Exposición en vivo con prevención de respuesta II		Terapia cognitiva

11.5.5. Evaluación postratamiento

Al igual que la evaluación pretratamiento consta de dos partes: la aplicación de los instrumentos de autoinforme y la evaluación psicofisiológica.

Aplicación de los instrumentos de autoinforme

Al finalizar las dos primeras sesiones de la evaluación psicofisiológica el sujeto recibía el BDI y el STAI para su realización en casa y posterior entrega en la sesión siguiente (que se correspondía con la tercera sesión de evaluación psicofisiológica). Por su parte, el Cuestionario de Variables Dependientes del

Juego y la Escala de Adaptación se contestaban al concluir la última sesión de evaluación psicofisiológica; con ello se daba por finalizado el periodo de intervención y comenzaba la fase de seguimiento.

Evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas en situación de juego

Seguía el mismo esquema que en la evaluación pretratamiento:

1ª sesión	2ª sesión	3ª sesión
1. Inventario de Pensamientos.	1. Pausa de 10'.	(Se realiza ± un día después.)
2. Escala tipo Likert.	2. Escala tipo Likert.	1. Escala tipo Likert.
3. Evaluación psicofisiológica.	3. Evaluación psicofisiológica.	2. Evaluación psicofisiológica.
4. Escalas tipo Likert.	4. Escalas tipo Likert.	3. Escalas tipo Likert.

11.5.6. Seguimiento

Concluida la evaluación postratamiento se realizan cinco seguimientos a partir de la misma:

- al mes (seguimiento del 1^{er} mes).
- a los tres meses (seguimiento del 3^{er} mes).
- a los seis meses (seguimiento del 6^o mes).
- a los nueve meses (seguimiento del 9^o mes).
- a los doce meses (seguimiento del 12^o mes).

Sesiones en las que se aplican los instrumentos de autoinforme en el siguiente orden:

1. Cuestionario de Variables Dependientes del Juego.
2. Escala de Adaptación.
3. BDI.
4. STAI.
5. Inventario de Pensamientos.

El Anexo F resume el programa completo de cada uno de los grupos experimentales, indicando el periodo temporal, el contenido y la duración de las sesiones que lo conforman.

12

RESULTADOS

12.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

12.1.1. Variables sociodemográficas

Los datos que se van a comentar en este epígrafe quedan recogidos en la Tabla 11.1., y pueden observarse gráficamente en las Figuras 12.1.-12.21.

Sexo y edad

En esta muestra, compuesta por 80 varones y 8 mujeres (ratio de 10:1) y cuyo rango de edad oscila entre los 16-72 años ($\bar{x}=30.76$; $S_x=12.23$), predominan los jugadores patológicos que no superan los treinta años de edad (61.4%), alcanzando el 84.1% si se incluye la siguiente década. Por lo tanto, prácticamente la totalidad de la muestra está constituida por sujetos cuya edad oscila entre los 16 y los 40 años (ver Figura 12.1.). En la submuestra de varones la cifra de jugadores patológicos que no supera los treinta años asciende al 66.6%, frente a un 12.5% en el grupo de mujeres; destacando ese 20.1% de varones cuya edad queda comprendida entre los 16-20 años, sin parangón en la submuestra de mujeres. Por el contrario, en la submuestra de mujeres predomina el rango de edad comprendido entre los 51-60 años, que abarca el 37.5% frente al 7.7% en el grupo de varones (ver Figuras 12.8. y 12.9.).

Clase social subjetiva

Como puede observarse en la Figura 12.2., la mitad de la muestra (51.1%) considera que su nivel socioeconómico se sitúa en la clase media, seguido por un 28.4% que se ubica en la clase media-baja y un 13.6% que estima oportuno su pertenencia a la clase media-alta.

La distribución por sexos es similar, ya que tanto en la submuestra de varones como en la de mujeres predomina la clase media, aunque con un mayor margen en la muestra de mujeres (62.5% versus 50%); la clase media-baja ocupa el segundo lugar, con un 28.8% en el caso de los varones y un 25% en el grupo de mujeres; y una clase media-alta en la que se sitúa un grupo más reducido de sujetos, en concreto un 13.8% y un 12.5% en las submuestras de varones y mujeres, respectivamente (ver Figuras 12.10. y 12.11.).

Nivel de estudios

Entre los sujetos que tienen el graduado escolar y los que han realizado estudios secundarios, la cifra asciende al 80.7%; siendo el porcentaje más pequeño el referido a diplomados y licenciados universitarios, con un 6.8% y 4.5%, respectivamente. Por último, un 8% no ha llegado a completar los estudios primarios (ver Figura 12.3.).

Como puede observarse en las Figuras 12.12. y 12.13. la preponderancia de estudios primarios completos y secundarios aparece en ambas submuestras de varones y mujeres, pero su distribución es distinta, mientras que los estudios primarios predominan en el grupo de mujeres (50% versus 36.3%), los secundarios lo hacen en la muestra de varones (43.8% versus 37.5%). Asimismo, el 11.3% de los varones son diplomados o licenciados universitarios, frente a un 12.5% en la muestra de mujeres; cifra, esta última, que se refiere exclusivamente a licenciados. El 8.8% de los varones no ha alcanzado el graduado escolar, dato que no tiene parangón en el grupo de mujeres.

Situación laboral

Las ocupaciones enmarcadas en el sector de servicios/ventas/seguridad, esto es, camareros, taxistas y transportistas, comerciales y vigilantes de seguridad (34.1%); junto con estudiantes (18.2%) y parados (14.8%) son las tres situaciones laborales más representadas en la muestra, alcanzando el 67.1% (ver Figura 12.4.).

Como refleja la Figura 12.14., en la submuestra de varones esta circunstancia se hace más patente, ya que asciende al 71.3% (36.3% en el sector servicios/ventas/seguridad, 20% en el colectivo de estudiantes y un 15% de desempleo). Por el contrario, la submuestra de mujeres, en la que no hay estudiantes, está representada tanto en el sector servicios como en la situación de desempleo por un 12.5%; constituyendo las amas de casa el 50% (ver Figura 12.15.).

Estado civil

Si el 61.4% de la muestra está constituida por solteros, el 36.4% lo conforman personas casadas o que viven con pareja (ver Figura 12.5.).

Mientras que en el grupo de varones el 63.8% están solteros y el 33.8% casados, en la muestra de mujeres los datos se invierten, arrojando un 37.5% de solteras frente a un 62.5% que están casadas. Separados o divorciados y viudos sólo aparecen en la submuestra de varones, con una representación de un 1.3% en ambos casos (ver Figuras 12.16. y 12.17.).

Número de hijos

En la Figura 12.6 se observa que en la muestra predominan los sujetos que no tienen hijos (65.9%); y siendo el máximo de hijos tres, sobresalen los que tienen dos (18.2%). En la submuestra de varones, el 70% no tiene hijos, y si los hubiera predominan los que tienen dos (15%) (ver Figura 12.18.). Un dato que de nuevo se invierte en el grupo de mujeres, ya que el 50% tiene dos hijos (ver Figura 12.19).

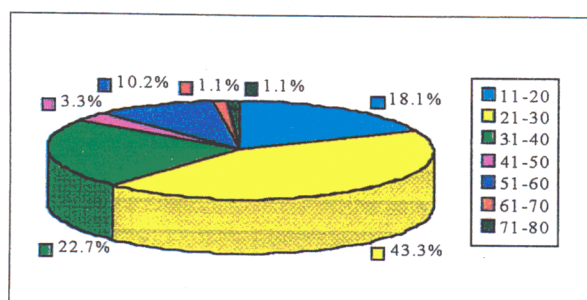


FIGURA 12.1. Distribución de la muestra: Edad.

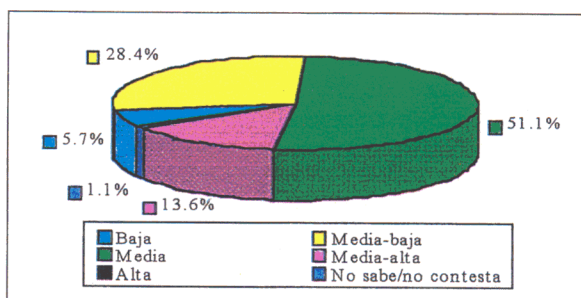


FIGURA 12.2. Distribución de la muestra: Clase social subjetiva.

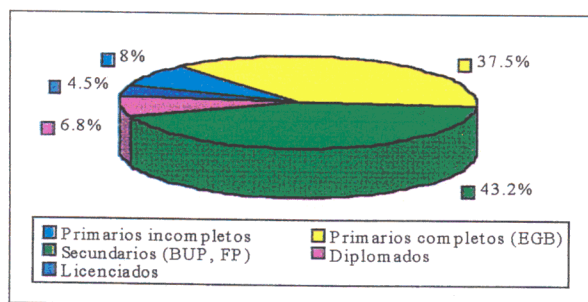


FIGURA 12.3. Distribución de la muestra: Nivel de estudios.

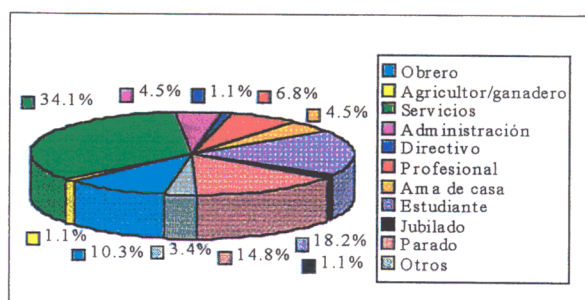


FIGURA 12.4. Distribución de la muestra: Situación laboral.

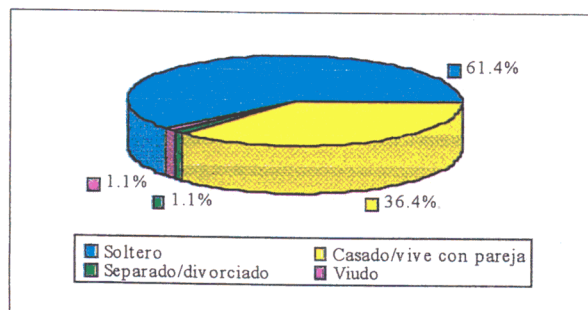


FIGURA 12.5. Distribución de la muestra: Estado civil.

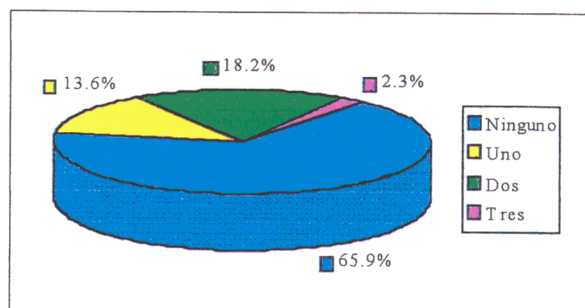


FIGURA 12.6. Distribución de la muestra: Número de hijos.

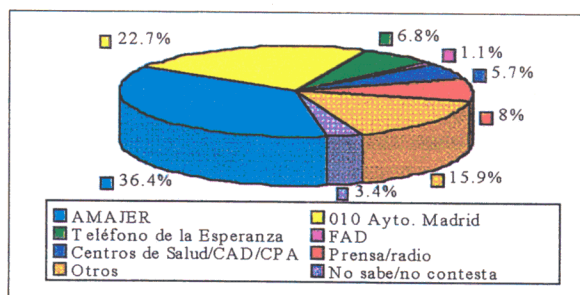


FIGURA 12.7. Distribución de la muestra: Fuente que remite.

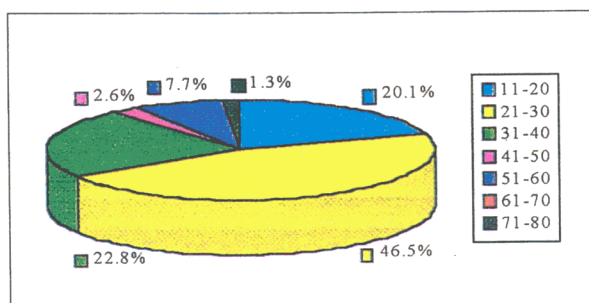


FIGURA 12.8. Distribución de la muestra (varones): Edad.

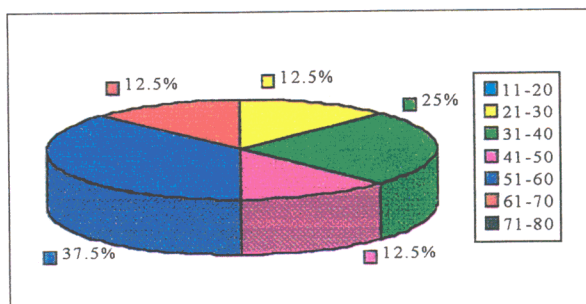


FIGURA 12.9. Distribución de la muestra (mujeres): Edad.

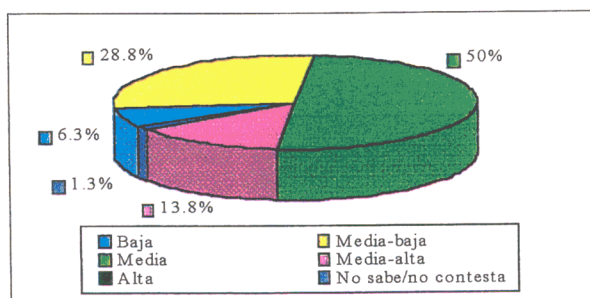


FIGURA 12.10. Distribución de la muestra (varones): Clase social subjetiva.

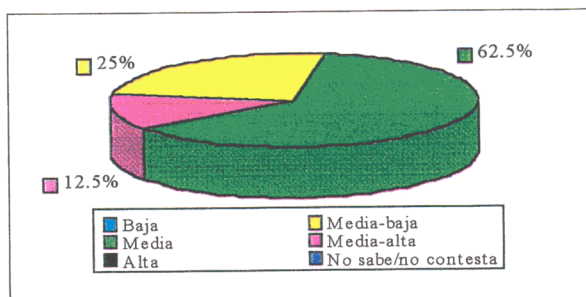


FIGURA 12.11. Distribución de la muestra (mujeres): Clase social subjetiva.

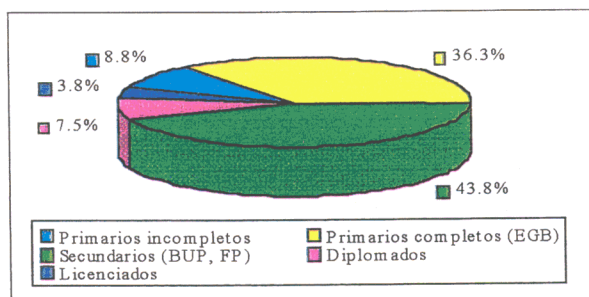


FIGURA 12.12. Distribución de la muestra (varones): Nivel de estudios.

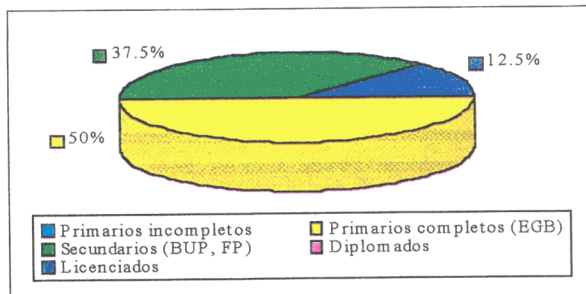


FIGURA 12.13. Distribución de la muestra (mujeres): Nivel de estudios.

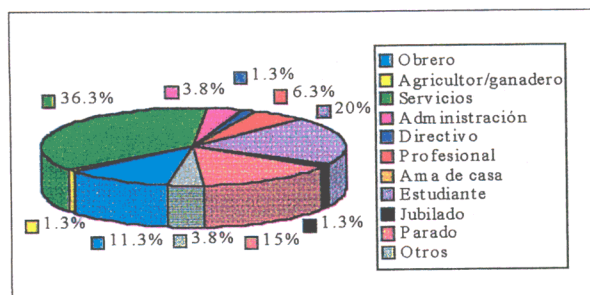


FIGURA 12.14. Distribución de la muestra (varones): Situación laboral.

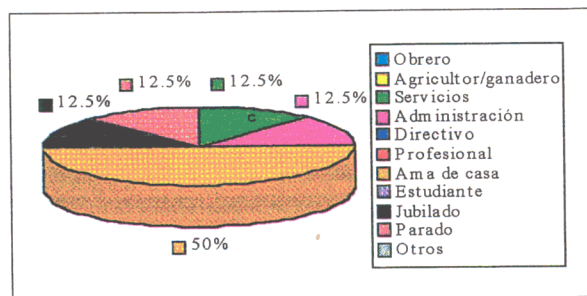


FIGURA 12.15. Distribución de la muestra (mujeres): Situación laboral.

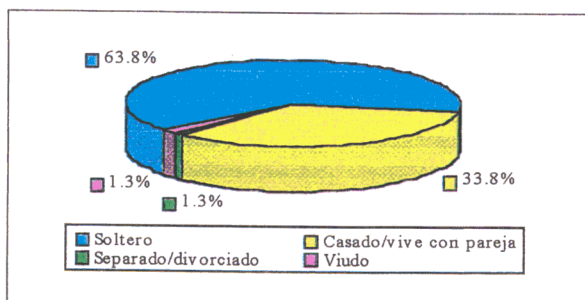


FIGURA 12.16. Distribución de la muestra (varones): Estado civil.

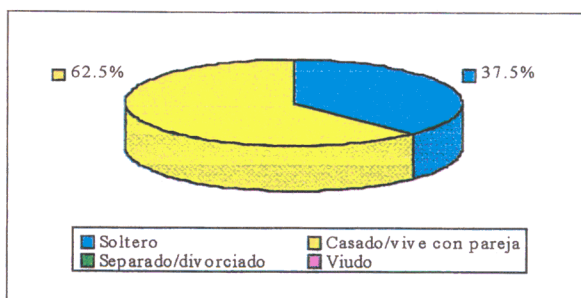


FIGURA 12.17. Distribución de la muestra (mujeres): Estado civil.

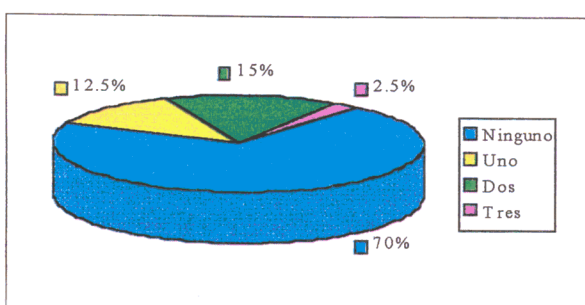


FIGURA 12.18. Distribución de la muestra (varones): Número de hijos.

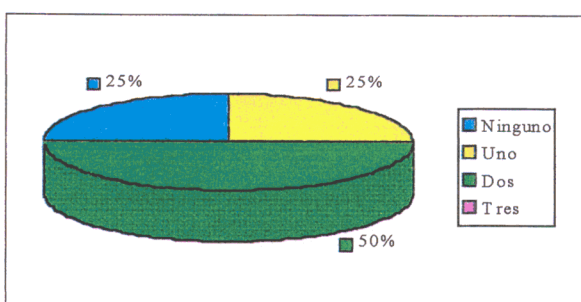


FIGURA 12.19. Distribución de la muestra (mujeres): Número de hijos.

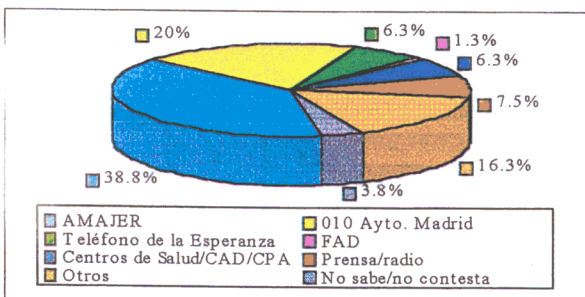


FIGURA 12.20. Distribución de la muestra (varones): Fuente que remite.

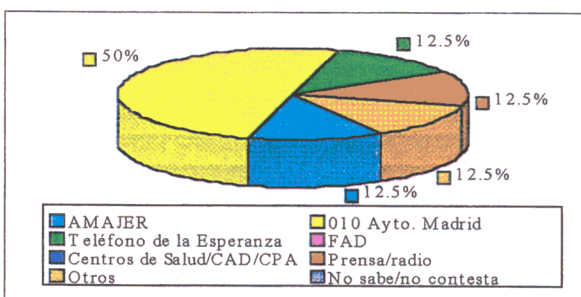


FIGURA 12.21. Distribución de la muestra (mujeres): Fuente que remite.

Fuente que remite

La aportación de la Asociación Madrileña de Jugadores en Rehabilitación (AMAJER) y del servicio 010 del Ayuntamiento de Madrid constituye el 59.1% de la muestra (ver Figura 12.7.). Mientras que la primera fuente aporta un porcentaje mayor de varones (38.8% versus 12.5%), la segunda remite un porcentaje mayor de mujeres (50% versus 20%) (ver Figuras 12.20. y 12.21.).

Entre otros datos destaca el 3.8% de la submuestra de varones que desconoce la fuente que le ha remitido a este programa de tratamiento.

12.1.2. Variables de diagnóstico

Juego patológico

Si bien todos los sujetos cumplen los criterios DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico, en las siguientes líneas se realiza un análisis detallado de tales síntomas.

Con respecto al número de criterios que satisfacen, entre el mínimo de cinco síntomas y el máximo de diez, la muestra se distribuye fundamentalmente entre los siete y nueve síntomas (73.8%) como refleja la Figura 12.22.; en concreto, un 29.5% de la muestra cumple nueve criterios, el 26.1% ocho y un 18.2% siete. Será en la submuestra de mujeres donde se observe cierta discrepancia con los datos anteriormente comentados, ya que (1) en primer lugar, todas las mujeres de la muestra cumplen seis o más criterios y (2) en segundo lugar, el número más frecuente de síntomas es siete (37.5%), que junto a nueve (25%) constituyen el 62.5% de la muestra.

Por su parte, la distribución de los síntomas queda resumida en la Tabla 12.1. y en las Figuras 12.23.-12.32.

TABLA 12.1. Criterios diagnósticos DSM-IV de juego patológico: porcentaje de la muestra que cumple cada síntoma

JUEGO PATOLÓGICO CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV		Muestra completa (N=88)		Muestra varones (n=80)		Muestra mujeres (n=8)	
		N	%	N	%	N	%
1	Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).	74	84.1	67	83.8	7	87.5
2	Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.	75	85.2	68	85.0	7	87.5
3	Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.	82	93.2	74	92.5	8	100
4	Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.	50	56.8	45	56.3	5	62.5
5	El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).	45	51.1	40	50.0	5	62.5
6	Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).	77	87.5	70	87.5	7	87.5
7	Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.	88	100	80	100	8	100
8	Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego.	84	95.5	76	95.0	8	100
9	Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.	63	71.6	58	72.5	5	62.5
10	Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.	58	65.9	55	68.7	3	37.5

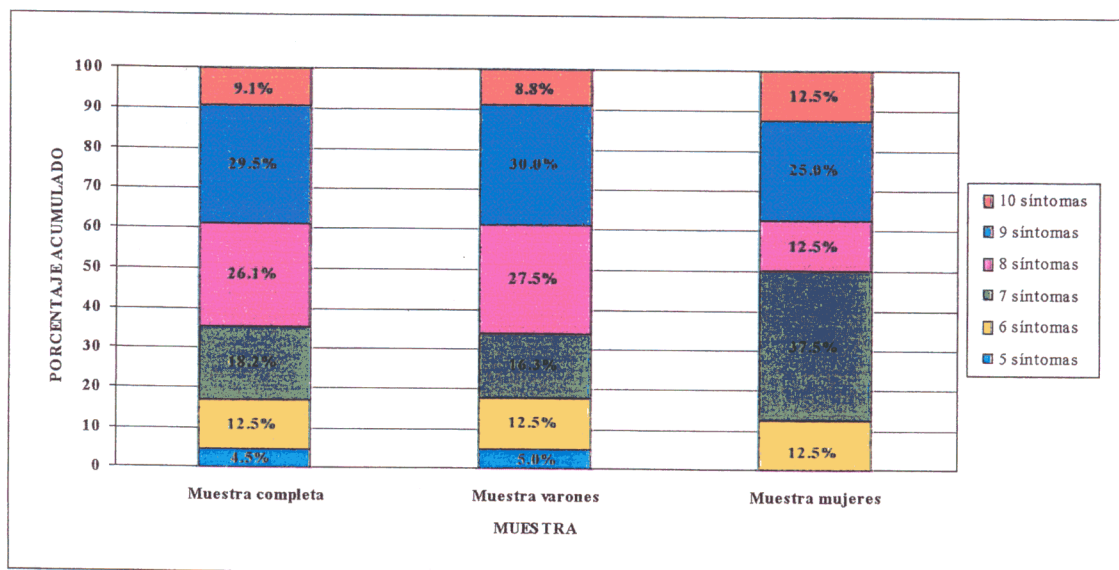


FIGURA 12.22. Diagnóstico de juego patológico (DSM-IV): número de criterios.

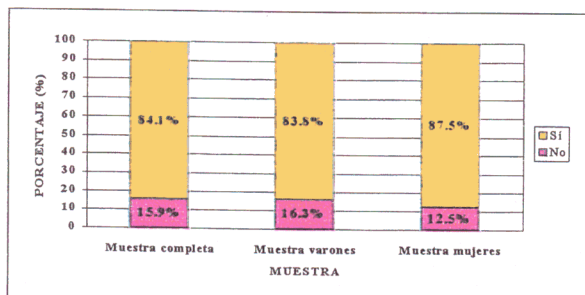


FIGURA 12.23. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 1.

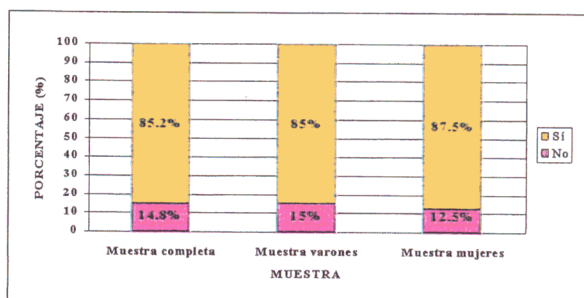


FIGURA 12.24. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 2.

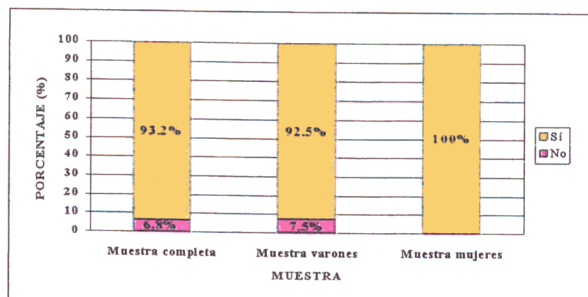


FIGURA 12.25. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 3.

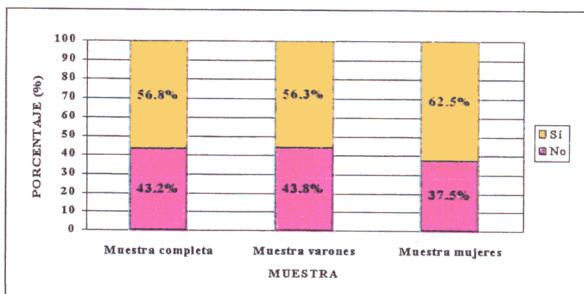


FIGURA 12.26. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 4.

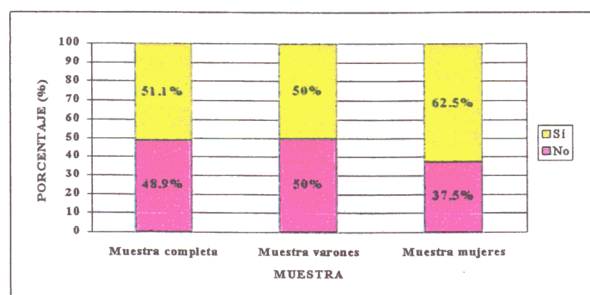


FIGURA 12.27. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 5.

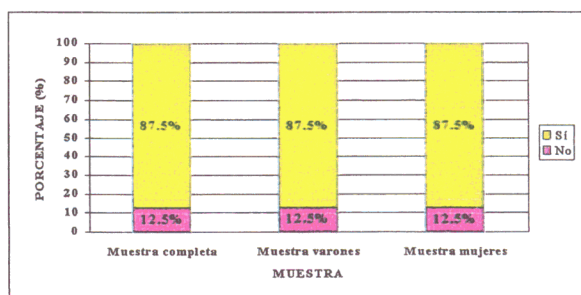


FIGURA 12.28. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 6.

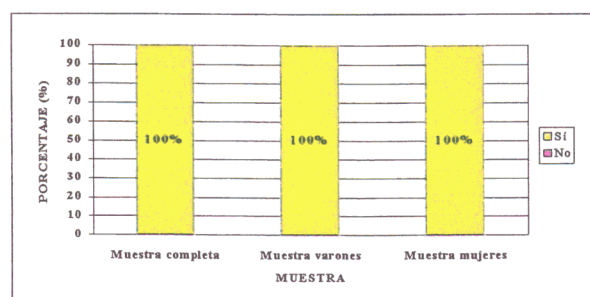


FIGURA 12.29. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 7.

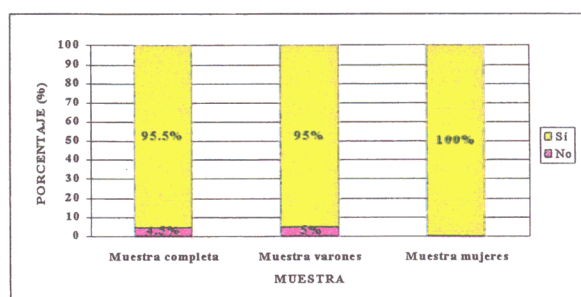


FIGURA 12.30. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 8.

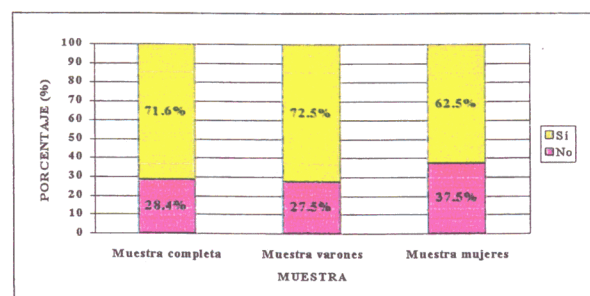


FIGURA 12.31. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 9.

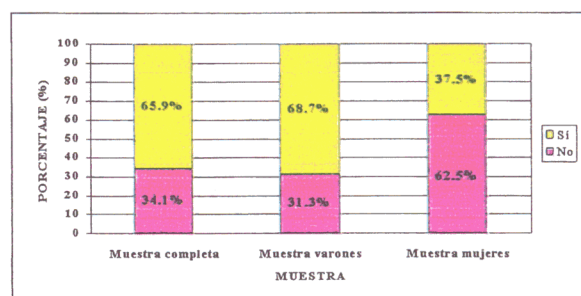


FIGURA 12.32. Diagnóstico de juego patológico: Criterio 10.

De entre todos los criterios, el siete, esto es, el que hace referencia a los engaños que emplea el jugador para ocultar su grado de implicación en el juego lo cumple la totalidad de la muestra, ya sean varones o mujeres. En cambio, el criterio cinco, que alude a la utilización del juego como estrategia para huir de los problemas o como vía para aliviar la disforia, aparece en el 51.1% de la muestra, erigiéndose en el síntoma menos frecuente, al menos en la muestra de varones (50%), ya que entre las mujeres el criterio menos frecuente es el diez (se confía en que los demás solventen las deudas contraídas con el juego -37.5%-) y además existen varios síntomas que se manifiestan con la misma frecuencia que el cinco (62.5%). Otro de los criterios menos frecuentes en la muestra completa es el cuatro, un 56.8% de la muestra experimental

inquietud o irritabilidad cuando deja de jugar, alcanzando el 62.5% en la submuestra de mujeres. El resto de los criterios aparece en un porcentaje que supera el 65% de la muestra, cumpliéndose muchos de ellos en un 80-95% de los casos; y en este sentido cabe destacar que la comisión de actos ilegales o el abuso de confianza para financiarse el juego (criterio ocho) es algo común (95.5%) tanto en varones (95%) como en mujeres (100%). Dada la variedad de actividades que pueden incluirse bajo el epígrafe de actos ilegales o abuso de confianza, en la Figura 12.33. se desglosan dichas actividades.

Si se excluye el uso del dinero propio como forma predominante de obtención de dinero para jugar (87.5%), el préstamo de dinero realizado por personas conocedoras (encargados en establecimientos de hostelería) o no (familiares, amigos...) del destino de tal avío se configura en la fuente principal de suministro para el jugador (67%), seguido por la adquisición de dinero familiar (por ejemplo, de cuentas conjuntas) sin el conocimiento del implicado o ignorando éste su final (58%), que en el caso de las mujeres asciende al 75%. El 39.8% realiza robos de dinero a pequeña escala (por ejemplo, coger dinero de casa o quedarse con un dinero que tenía otro fin), el 19.3% pide anticipos en el trabajo y un 14.8% ha cometido algún robo de dinero a gran escala, esto es, en tiendas o en el trabajo, para financiarse el juego. El resto de las actividades son realizadas por un porcentaje inferior al 10% de la muestra: solicitar un crédito o acudir a prestamistas en un 9.1%, usar tarjetas de crédito/débito ajenas por un 8%, cometer alguna falsificación (6.8%) o fraude (2.3%), dedicarse a la venta de droga o tabaco ilegal (4.5%), a vender objetos propios o ajenos (3.4%), acciones u otros valores bancarios (2.3%) y un 1.1% llega a vender propiedades personales o familiares.

Una vez más se observan discrepancias entre los medios de financiación de los varones y las mujeres, mientras que ellos parecen disponer de sus propios ingresos como fuente principal de dinero (90% frente a un 62.5%), las mujeres recurren fundamentalmente al dinero familiar (75% versus 56.3%). Como estrategias alternativas, los varones, sobre todo, piden prestado dinero (67.5%), cometen robos de dinero a pequeña (41.3%) y gran escala (16.3%), piden anticipos en el trabajo (21.3%), realizando las demás actividades en menor proporción. Las mujeres, por su parte, además de coger dinero familiar, piden préstamos a personas (62.5%) e instituciones bancarias (25%), cometen robos de dinero a pequeña escala

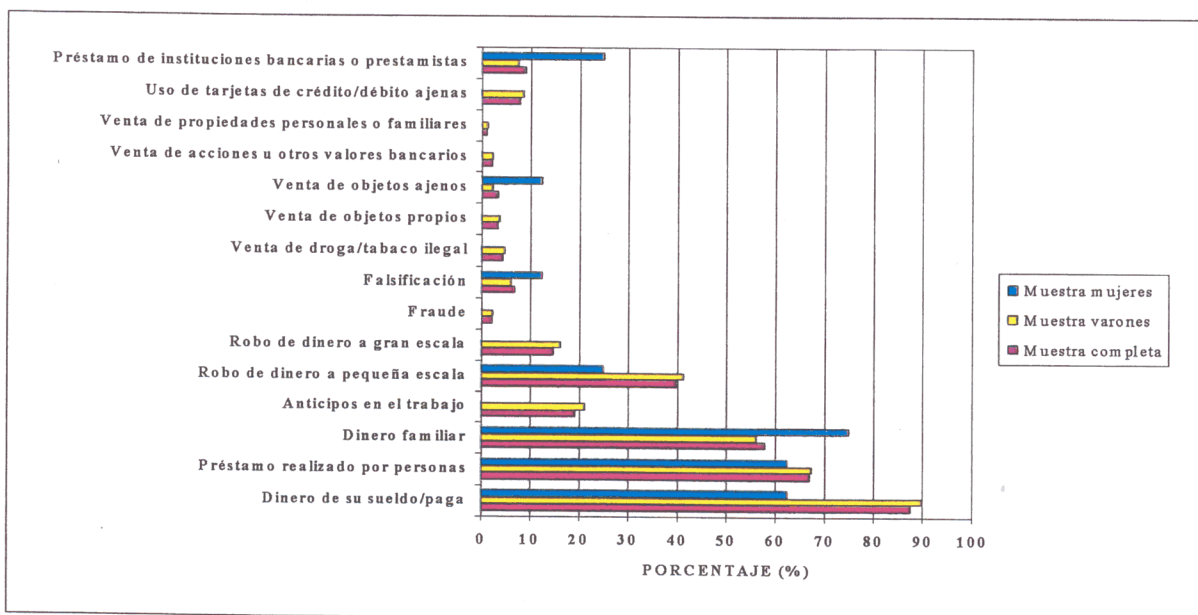


FIGURA 12.33. Diagnóstico de juego patológico: medios para financiarse el juego.

(25%), venden objetos ajenos (12.5%) y realizan falsificaciones (12.5%), aunque no llegan a cometer fraude, robos de dinero a gran escala, vender droga o usar tarjetas de crédito/débito ajenas.

Cuando la implicación en el juego es de tal magnitud que el jugador tiene que recurrir a los demás para que le proporcionen ese dinero que alivie la desesperada situación financiera en la que se encuentra, entonces acuden principalmente a la familia (13.6%) o los amigos (12.5%) y en menor medida a la pareja (6.8%) o al banco para solicitar un crédito (1.1%). Aunque la estrategia más extendida es la de procurarse varias fuentes de obtención de dinero (29.5%), sobre todo entre los varones (32.5%) ya que las mujeres recurren fundamentalmente a la pareja (25%).

Trastornos del estado de ánimo

Como puede apreciarse en la Figura 12.34., la mayor parte de la muestra (60.2%) no presenta ningún trastorno del estado de ánimo. Del 39.8% restante, el trastorno depresivo mayor (F32 y F33) alcanza el 36.3%, reduciéndose a un 3.4% el trastorno distímico (F34). La mayor parte de los sujetos que presenta un trastorno depresivo mayor se incluiría en la categoría de episodio único (F32), concretamente el 78.2%, frente a un 21.8% que se referiría al trastorno depresivo mayor recidivante (F33) (28.4% y 7.9% respectivamente del total de la muestra).

Mientras que en la submuestra de varones el 63.8% no manifiesta ningún trastorno del estado de ánimo, en el grupo de mujeres esta cifra desciende al 25%, por lo tanto un 75% de la muestra compuesta por mujeres presenta algún trastorno de esta naturaleza. Entre los varones, el trastorno depresivo mayor está representado por un 33.9% frente a un 62.5% en las mujeres; y el trastorno distímico por un 2.5% y un 12.5%, respectivamente. A su vez, el trastorno depresivo mayor, episodio único alcanza el 27.6% en el grupo de varones y el 37.5% en el de mujeres; conformando el recidivante el 6.3% y el 25% restante en ambas submuestras, respectivamente.

En la Figura 12.34. se pueden observar estos porcentajes desglosados en función de las especificaciones de gravedad del episodio actual o más reciente.

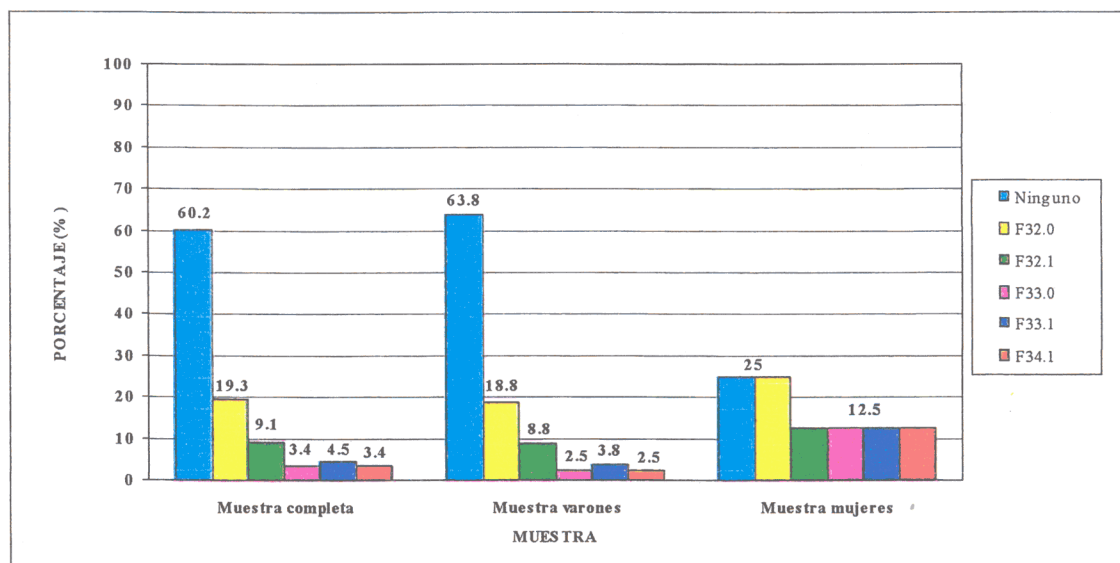


FIGURA 12.34. Diagnóstico de trastornos del estado de ánimo.

F32.0, F32.1 = Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve y moderado.

F33.0, F33.1 = Trastorno depresivo mayor, recidivante, leve y moderado.

F34.1 = Trastorno distímico.

12.1.3. Variables de consumo de sustancias

El consumo de sustancias de los sujetos se describe en la Figura 12.35., en la que resalta el elevado porcentaje de la muestra que tiene el hábito de fumar cuando acude a consulta (84.1%), con un ligero descenso en el grupo de mujeres (75%). Con respecto al consumo de alcohol, el 13.6% ha tenido problemas con la bebida en el pasado (recuérdese que el sufrir algún grado de alcoholismo en la actualidad era motivo de exclusión de la investigación), cifra que, en este caso, asciende al 25% en la submuestra de mujeres frente al 12.5% de los varones. Por último, los sujetos refieren un consumo regular de sustancias ilegales, ya sea en el pasado o en el momento de acudir a tratamiento, que alcanza al 25% de la muestra y se ciñe al uso de cannabis (21.6%) y cocaína (9.1%), y en menor medida a anfetaminas (2.3%), alucinógenos

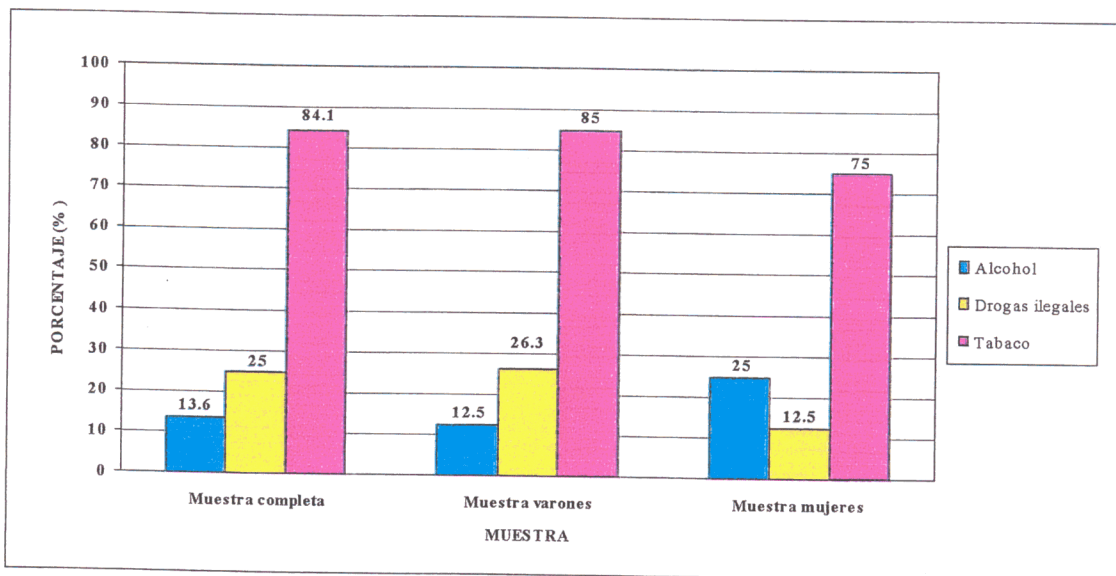


FIGURA 12.35. Consumo de sustancias: alcohol, drogas ilegales y tabaco.

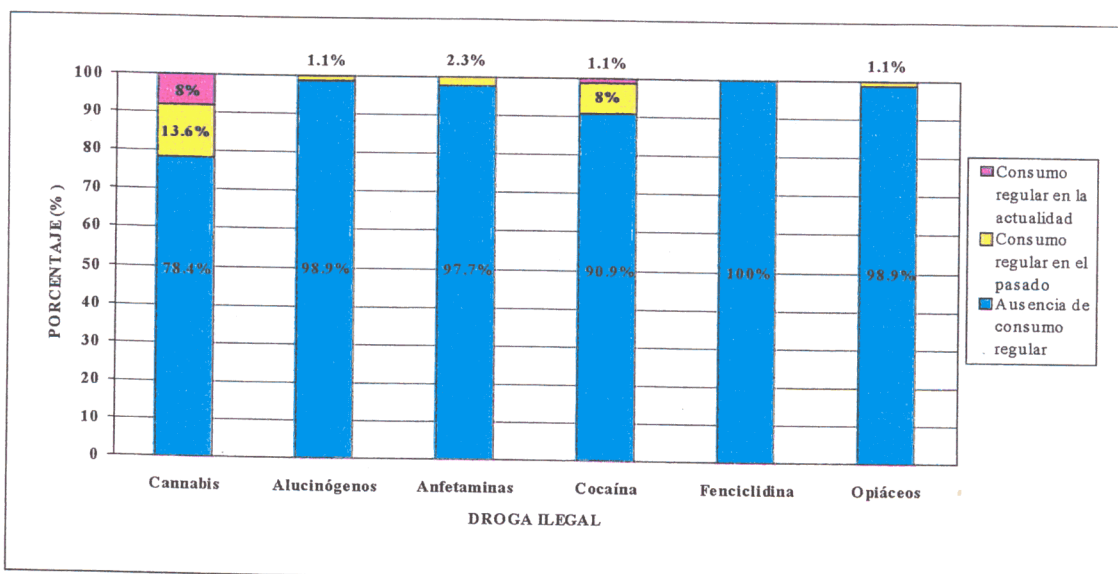


FIGURA 12.36. Consumo de sustancias ilegales (muestra completa).

(1.1%) u opiáceos (1.1%). El cannabis (8%) y la cocaína (1.1%) se configuran como las únicas drogas ilegales que los sujetos indican consumir en el momento de acudir a consulta (ver Figura 12.36.).

Se ha señalado cómo en esta muestra es mayor el porcentaje de mujeres que de varones que han sufrido algún problema con el alcohol en el pasado, sin embargo con el consumo de sustancias ilegales ocurre lo contrario, ya que el grupo de mujeres realiza un consumo de drogas menor (12.5%) que la submuestra de varones (26.3%). Además el hábito se limita al pasado y a dos drogas: el cannabis (12.5%) y la cocaína (12.5%); mientras que entre los varones hay un consumo más variado: cannabis (22.6%), cocaína (8.8%), anfetaminas (2.5%), alucinógenos (1.3%) y opiáceos (1.3%), manteniéndose el consumo de cannabis (8.8%) y cocaína (1.3%) cuando acuden a consulta (ver Figuras 12.37.-12.38).

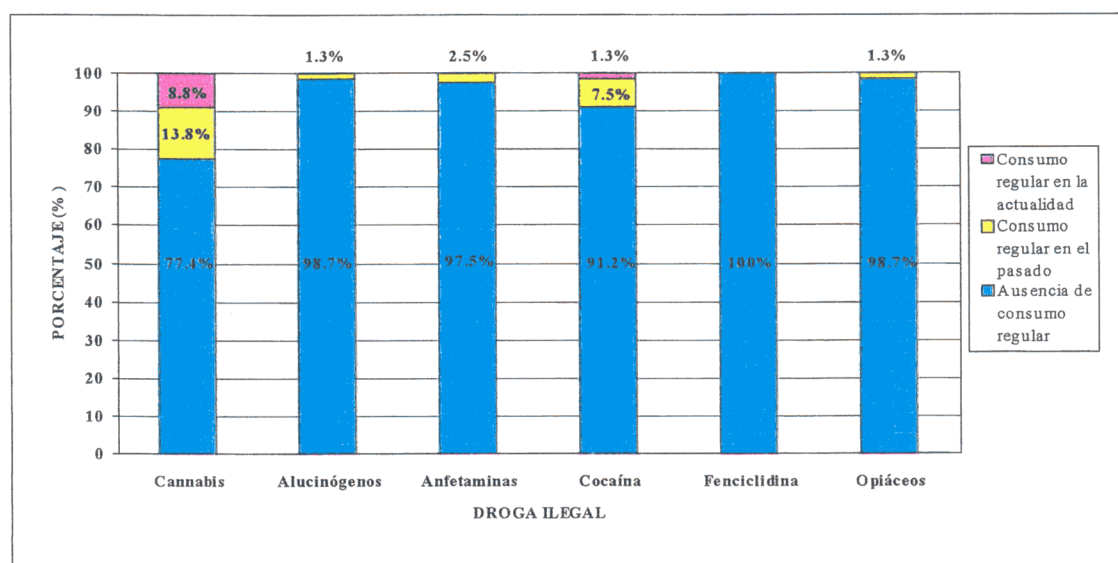


FIGURA 12.37. Consumo de sustancias ilegales (muestra varones).

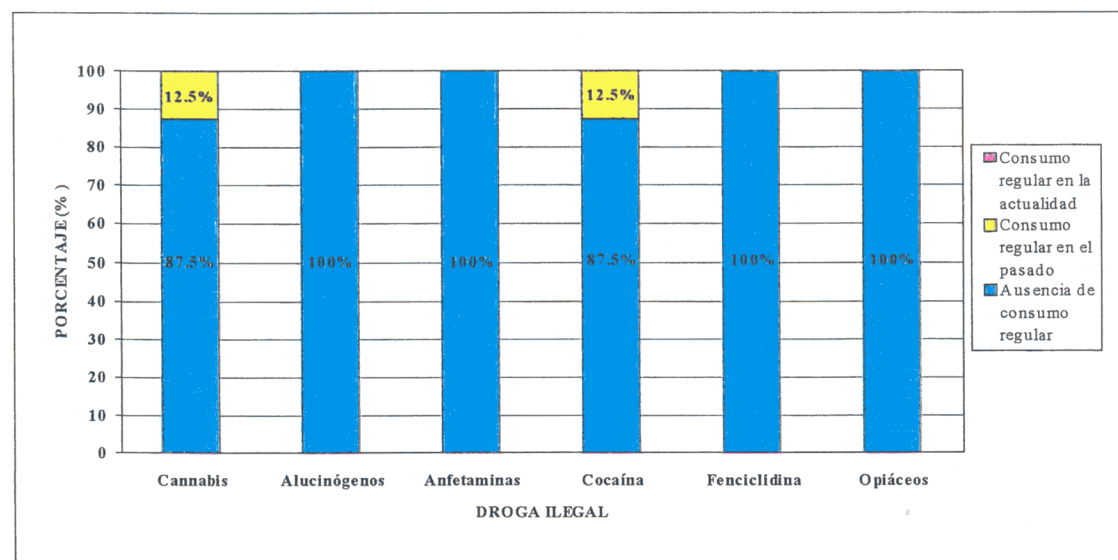


FIGURA 12.38. Consumo de sustancias ilegales (muestra mujeres).

12.1.4. Variables de la historia de juego

En la Tabla 12.2. se recogen la media, desviación típica y rango de las principales variables de la historia de juego, de cuyo análisis difícilmente se puede extraer un perfil del jugador que acude a tratamiento ya que la desviación típica indica una gran variabilidad en la mayoría de las variables analizadas. Sin olvidarse de este hecho, la edad media de inicio en el juego rondaría los 20 años, elevándose a 22 la edad con la que se suele comenzar a jugar a las máquinas recreativas con premio, siendo de tres años la duración media de este problema hasta que acuden a tratamiento. Por su parte, cuando acuden a consulta, que por término medio es el primer tratamiento que reciben, suelen llevar una semana sin jugar, han conseguido, en alguna ocasión, permanecer abstinentes aproximadamente dos meses, y, por término medio, han experimentando una recaída en su relación con las máquinas recreativas con premio.

En la comparación de las submuestras de varones y mujeres (ver Tabla 12.3.) destaca la edad más avanzada a la que comienzan a jugar las mujeres, en general a cualquier juego de apuesta ($\bar{x}_f = 34.75$ frente a $\bar{x}_m = 18.57$) y en particular a las máquinas recreativas con premio ($\bar{x}_f = 38.38$ versus $\bar{x}_m = 20.90$).

TABLA 12.2. Media, desviación típica y rango de las principales variables de la historia de juego (muestra completa)

VARIABLES	\bar{x}	S_x	Rango	
			Mínimo	Máximo
Edad a la que comenzó a jugar (años)	20.06	10.67	5	65
Edad a la que comenzó a jugar a las máquinas recreativas con premio (años)	22.51	10.60	9	65
Duración del problema (máquinas recreativas con premio) (meses)	38.45	46.60	1	240
Tiempo que lleva sin jugar a las máquinas cuando acude a consulta (días)	7.93	9.37	0	60
Número de recaídas (máquinas recreativas con premio)	0.99	1.71	0	9
Duración del último periodo voluntario de abstinencia (máquinas) (días)	68.69	122.09	0	730
Número de tratamientos anteriores	0.34	0.62	0	3

TABLA 12.3. Media, desviación típica y rango de las principales variables de la historia de juego (muestra varones/mujeres)

VARIABLES	\bar{x}		S_x		Rango			
					Mínimo		Máximo	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Edad a la que comenzó a jugar (años)	18.57	34.75	9.36	12.29	5	18	65	50
Edad a la que comenzó a jugar a las máquinas recreativas con premio (años)	20.90	38.38	8.90	13.52	9	21	65	55
Duración del problema (máquinas recreativas con premio) (meses)	38.16	41.38	46.92	46.18	1	1	240	144
Tiempo que lleva sin jugar a las máquinas cuando acude a consulta (días)	8.29	4.38	9.65	5.04	0	0	60	15
Número de recaídas (máquinas recreativas con premio)	1.00	0.88	1.71	1.73	0	0	9	5
Duración del último periodo voluntario de abstinencia (máquinas recreativas con premio) (días)	70.15	55.00	122.40	126.46	0	0	730	365
Número de tratamientos anteriores	0.29	0.88	0.58	0.83	0	0	3	2

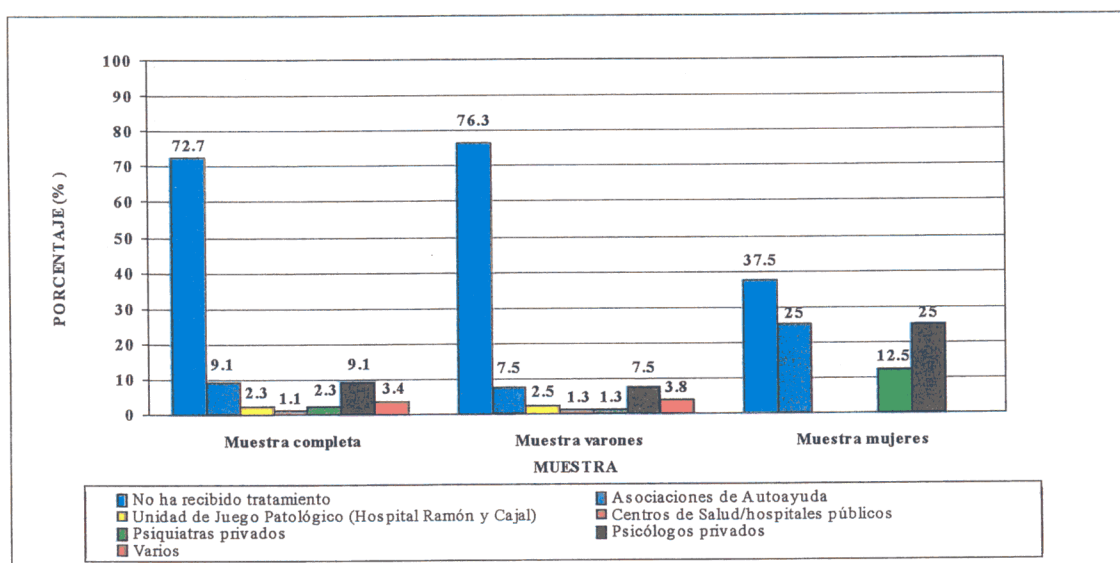


FIGURA 12.39. Tipo de tratamiento del juego patológico recibido con anterioridad.

De los pocos sujetos que han recibido algún tratamiento, previo al presente estudio, con objeto de solucionar su problema de juego (27.3%), la mayor parte han acudido a asociaciones de autoayuda (9.1%) o a psicólogos con consulta privada (9.1%). Las mujeres, que por término medio han recibido más tratamientos por este problema que los varones ($\bar{x}_q = 0.88$ versus $\bar{x}_r = 0.29$), también acuden principalmente a estas dos vías de solución (25%) (ver Figura 12.39.).

Rastreando el aspecto económico, el 50% ha contraído algún tipo de deuda, aunque de ese porcentaje un 5.7% han sido saldadas por alguien del entorno del jugador. En este caso no existen diferencias entre las dos submuestras, exceptuando el hecho de que el entorno tiende a pagar en mayor medida las deudas de las jugadoras (12.5%) que de sus homólogos varones (5%) (ver Figura 12.40.).

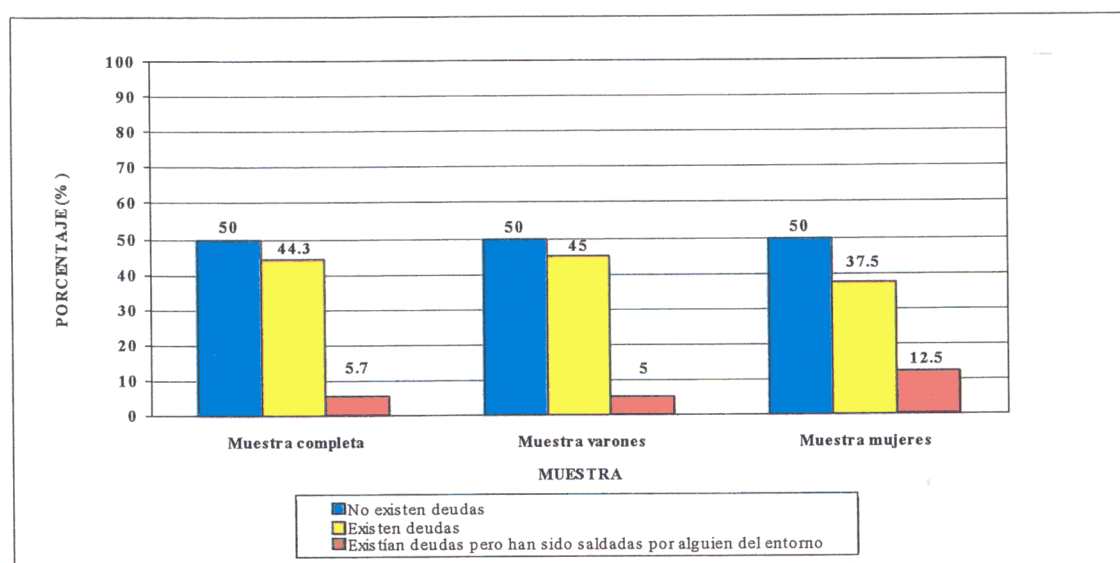


FIGURA 12.40. Existencia de deudas.

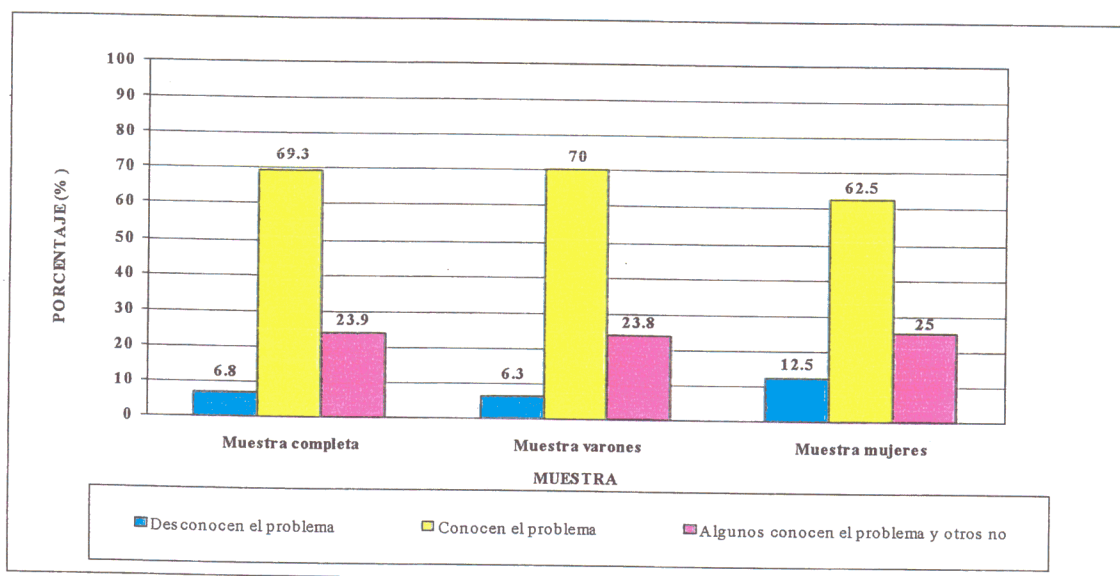


FIGURA 12.41. Conocimiento del problema de juego en el entorno.

Cuando los sujetos acuden a tratamiento, su entorno ya es, en gran medida (93.2%), conocedor de tales actividades de juego, aunque es de destacar ese 23.9% indicativo de que alguna figura relevante para el jugador desconoce el problema. En el caso de las mujeres, su entorno desconoce completamente el problema en un porcentaje más elevado que en la muestra de varones, 12.5% frente a un 6.3% (ver Figura 12.41.).

Relacionado con este punto, como puede apreciarse en la Figura 12.42., el porcentaje de jugadores que acude acompañado a consulta en alguna ocasión, sobre todo en las primeras sesiones, asciende al 64.8%; una cifra similar en ambas submuestra y que además resulta coherente con ese porcentaje de pacientes cuyo entorno al completo conoce el problema.

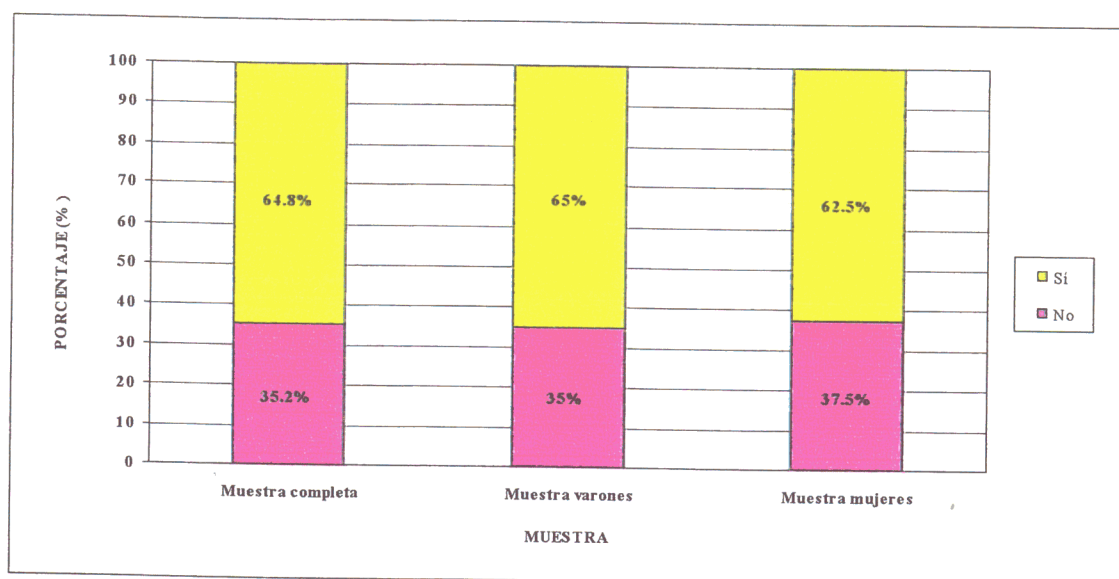


FIGURA 12.42. Acuden acompañados a consulta.

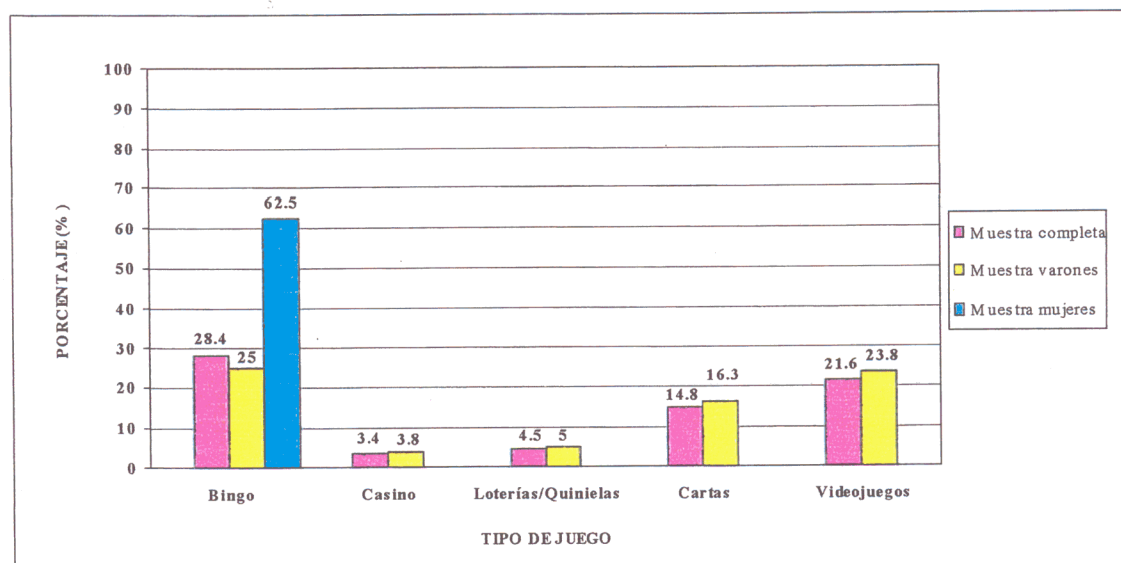


FIGURA 12.43. Participación en otros juegos (en el pasado).

Continuando con la descripción de las variables de la historia de juego, los sujetos de la muestra también han jugado con asiduidad al bingo (28.4%), a los videojuegos (21.6%) y a las cartas (14.8%); y en menor medida a las diferentes loterías y quinielas (4.5%) o a los juegos de casino (3.4%). De nuevo aparecen diferencias manifiestas entre los jugadores varones y la muestra de mujeres de este estudio, pues mientras que los primeros participan en un abanico más amplio de juegos, las mujeres sólo han jugado regularmente al bingo (62.5%), además de a las máquinas recreativas con premio. Y en esas primeras experiencias con las máquinas recreativas con premio, aproximadamente la mitad de la muestra (53.4%) recuerda haber obtenido un gran premio jugando a las mismas. Una cifra que, esta vez, resulta similar en el grupo de mujeres (50%) (ver Figuras 12.43. y 12.44.).

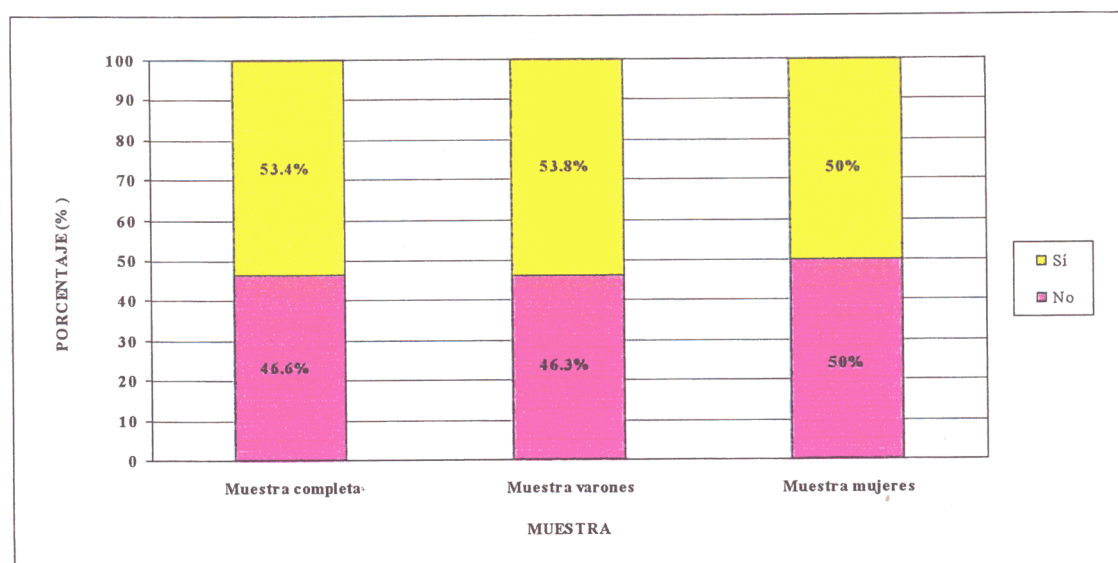


FIGURA 12.44. Obtención de premios importantes al comenzar a jugar a las máquinas recreativas con premio.

Como puede observarse en la Figura 12.45., entre los motivos más esgrimidos por los que se comenzó a jugar a las máquinas recreativas con premio, se encuentra la posibilidad de ganar dinero (34.1%), el entretenimiento que proporcionan (27.3%) o la necesidad de jugar como muestra de sociabilidad (15.9%). Además un 33% argumenta un amplio y diverso conjunto de razones, de las cuales se destaca el hecho de que tocara un premio, la curiosidad o interés por su funcionamiento, el ver a otros jugar o, simplemente, porque es una actividad placentera. La mayoría de los sujetos no parece iniciarse en el juego para evadirse de los problemas (5.7%) o lograr algún tipo de emoción (2.3%); como tampoco porque alguien les haya incitado (5.7%) o vayan buscando una actividad prohibida (2.3%). Unos motivos que cambian radicalmente al analizar la muestra de mujeres, grupo que esgrime la búsqueda de entretenimiento (37.5%)

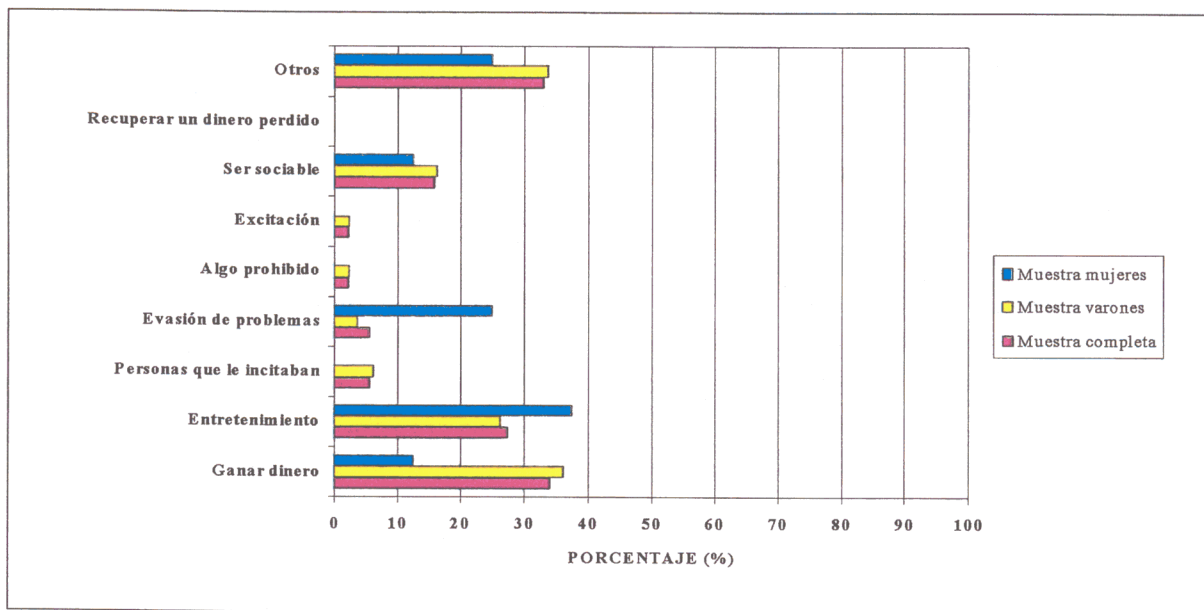


FIGURA 12.45. Motivos por los que se comenzó a jugar a las máquinas recreativas con premio.

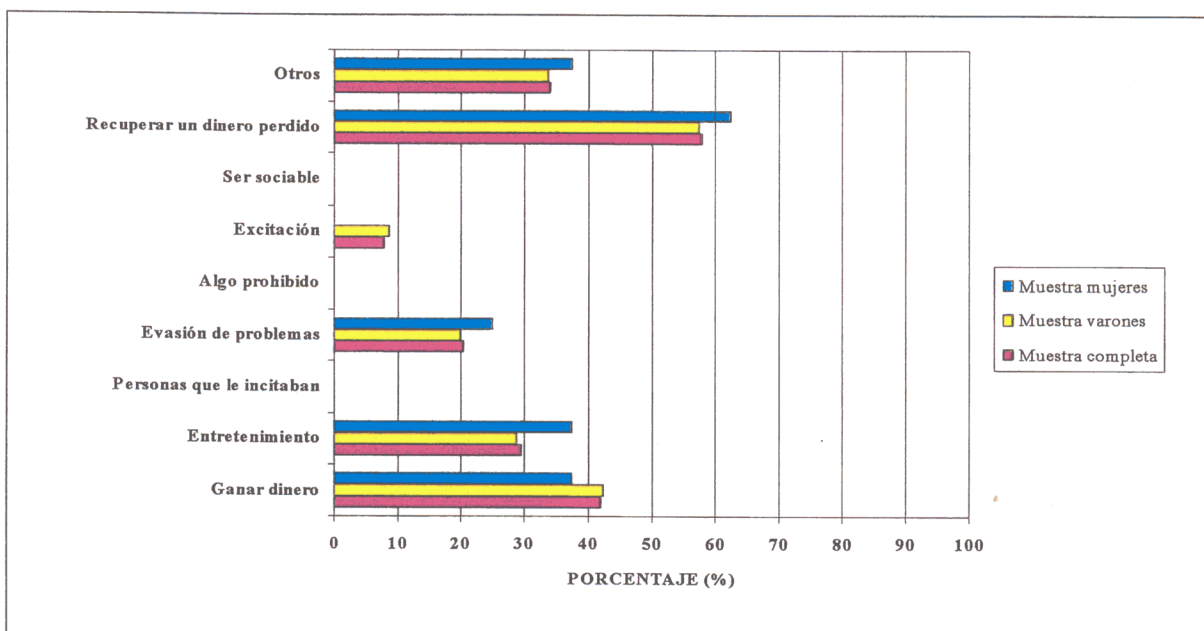


FIGURA 12.46. Motivos por los que se continúa jugando a las máquinas recreativas con premio.

o la evasión de problemas (25%) como móviles fundamentales de su inmersión en el juego; y en menor medida el beneficio económico (12.5%) o el desarrollo de esta actividad en un marco social (12.5%).

Al analizar los motivos por los que estos sujetos han continuado jugando en el tiempo (ver Figura 12.46.), aparece una nueva razón, la necesidad de recuperar el dinero perdido (58%), y aumenta el porcentaje que considera las máquinas como un medio de obtención de dinero (42%), de evasión de problemas (20.5%) o como fuente de emociones (8%). Por ende, en ese grupo heterogéneo de motivos que alegan los sujetos (34.1%) se exponen razones que nada tienen que ver con las originales, pues hacen referencia a la «atracción» o el «vicio» de la máquina, en definitiva, a la necesidad de jugar o, incluso, de controlar la máquina. Las mujeres continúan jugando en mayor medida que los varones por entretenimiento (37.5%) y para evadirse de los problemas (25%); aunque en este momento también utilizan el juego como medio de obtención de dinero (37.5%) y, sobre todo, con la intención de recuperar el dinero perdido (62.5%).

Para concluir este apartado de variables relacionadas con la historia de juego, parecía interesante rastrear entre los jugadores de la muestra la presencia de antecedentes familiares con problemas de juego, alcohol y drogas, así como de psicopatología en general. Sin olvidarse de la fragilidad de un dato sesgado por la interpretación y conocimiento del que proporciona la información, las cifras se representan en las Figuras 12.47.-12.58. El dato más sobresaliente destaca la existencia de antecedentes familiares con problemas de juego (36.4%) y alcohol (32.9%) en mayor medida que de adicción a sustancias ilegales (6.8%) o manifestación de psicopatología en general (16.9%). De los sujetos que afirman tener algún pariente con problemas de juego suelen ser varios los familiares que lo manifiestan (11.4%), aunque, sobre todo, el padre (10.2%), como ocurre también en el caso del alcohol (11.4%). La mitad de la muestra de mujeres considera que algún pariente presenta un problema de juego, y una cuarta parte estima que son varios los familiares que lo manifiestan con el alcohol.

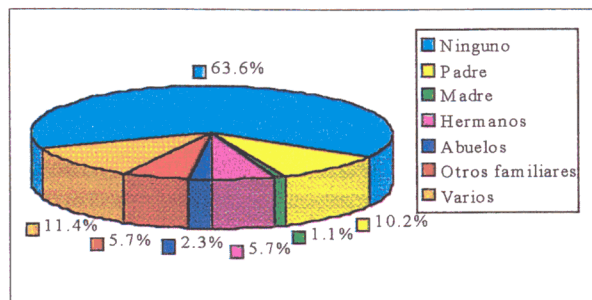


FIGURA 12.47. Antecedentes familiares: Juego.

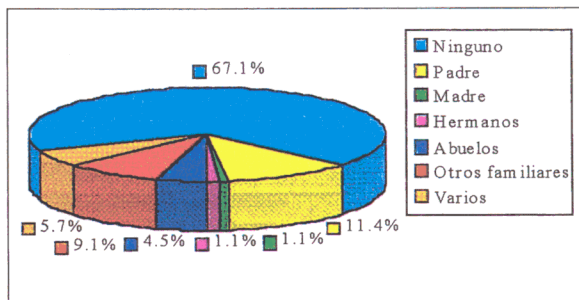


FIGURA 12.48. Antecedentes familiares: Alcohol.

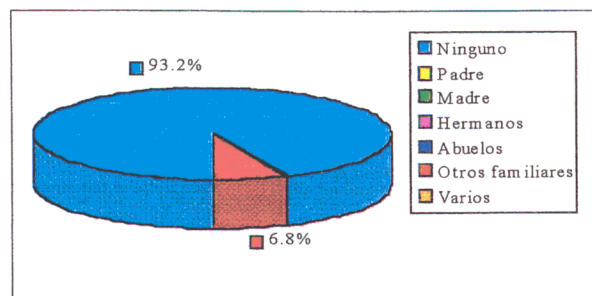


FIGURA 12.49. Antecedentes familiares: Drogas ilegales.

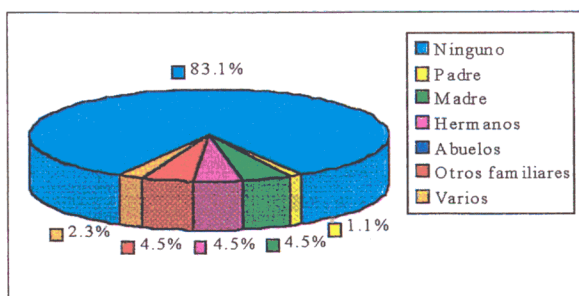


FIGURA 12.50. Antecedentes familiares: Psicopatología.

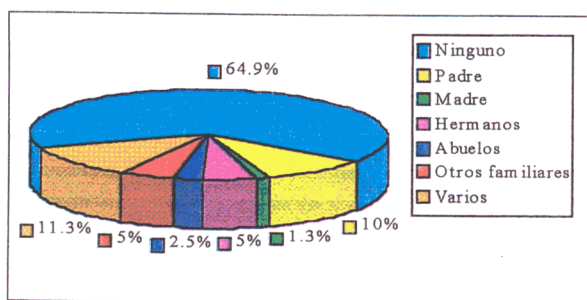


FIGURA 12.51. Antecedentes familiares (varones): Juego.

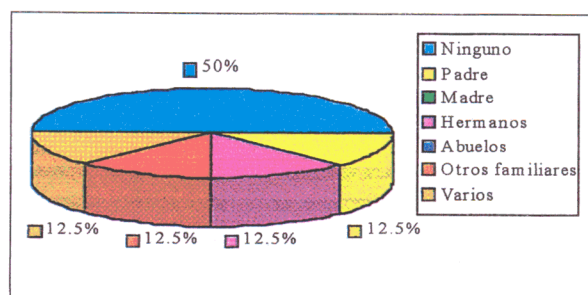


FIGURA 12.52. Antecedentes familiares (mujeres): Juego.

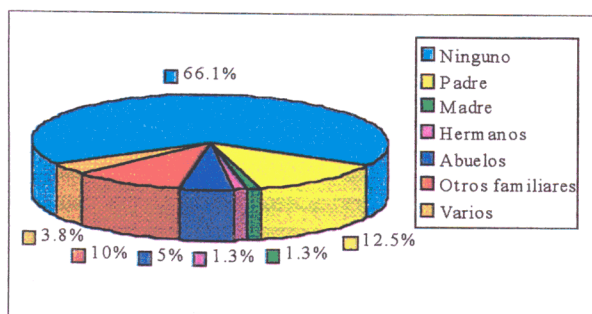


FIGURA 12.53. Antecedentes familiares (varones): Alcohol.

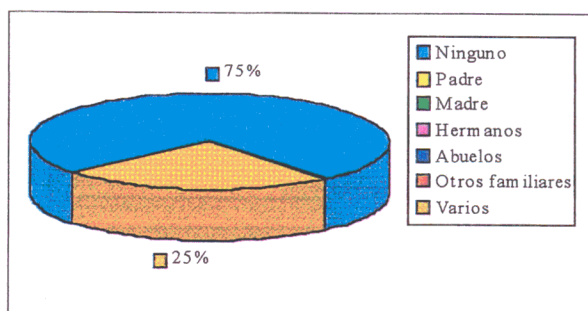


FIGURA 12.54. Antecedentes familiares (mujeres): Alcohol.

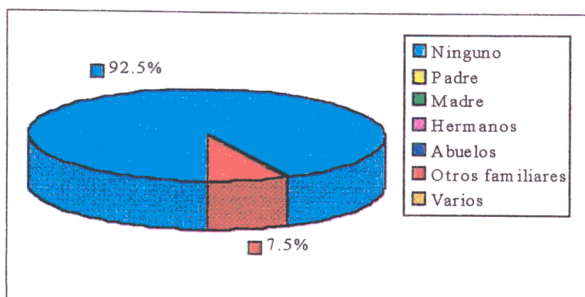


FIGURA 12.55. Antecedentes familiares (varones): Drogas ilegales.

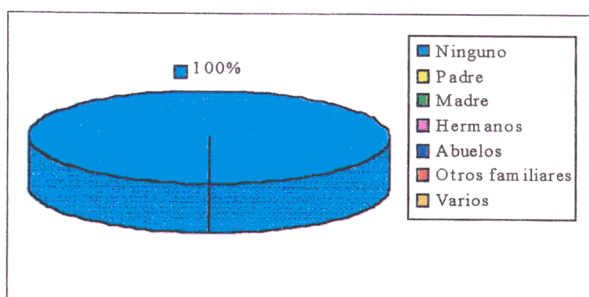


FIGURA 12.56. Antecedentes familiares (mujeres): Drogas ilegales.

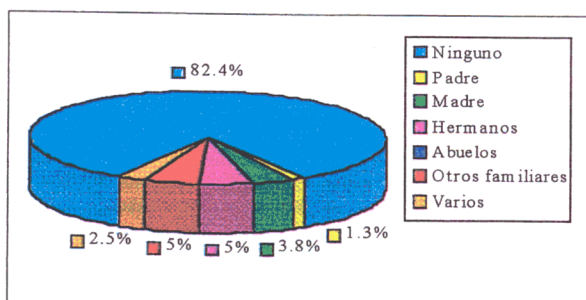


FIGURA 12.57. Antecedentes familiares (varones): Psicopatología.

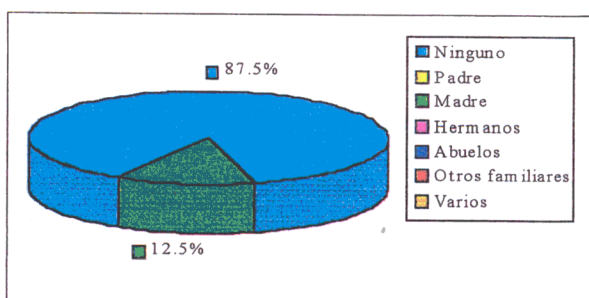


FIGURA 12.58. Antecedentes familiares (mujeres): Psicopatología.

12.1.5. Variables dependientes

Conducta de juego

La conducta de juego de la muestra, en las máquinas recreativas con premio, se resume en la Tabla 12.4., donde se observa que los sujetos juegan una media de ocho veces semanales (lo que significa que algún día juegan en más de una ocasión), gastándose entre 14.000 y 28.000 pesetas a la semana, que traducido en tiempo supone una inversión media de once horas semanales.

Dada su magnitud, parece obligado hacer referencia al rango de cada uno de estos parámetros; si la frecuencia de juego llega a alcanzar la cifra de cincuenta veces a la semana, el gasto oscila entre las 1.000 y 150.000 pesetas semanales, elevándose a cincuenta y seis el máximo de horas dedicadas al juego.

TABLA 12.4. Parámetros de la conducta de juego en las máquinas recreativas con premio (muestra completa)

MÁQUINAS RECREATIVAS CON PREMIO	\bar{x}	S_x	Rango	
			Mínimo	Máximo
Frecuencia (nº veces/semana)	8,24	7,93	1	50
Gasto máximo de dinero (ptas./semana)	28.573	28.828	1.000	150.000
Gasto mínimo de dinero (ptas./semana)	14.414	15.012	1.000	75.000
Tiempo invertido (horas/semana)	11,71	9,90	0,4	56

Si se comparan tales parámetros en las submuestras de varones y mujeres (ver Tabla 12.5.) se detecta que estas últimas juegan, por término medio, en menos ocasiones que los varones (por cada cuatro veces semanales que las mujeres acuden a las máquinas, los varones juegan en ocho ocasiones), pero con un gasto semanal que, oscilando entre las 11.000-34.000 pesetas, supera la inversión de los varones (14.000-27.000 ptas) en dinero y tiempo, pues las mujeres dedican a esta actividad una media de catorce horas semanales frente a las once de los varones.

TABLA 12.5. Parámetros de la conducta de juego en las máquinas recreativas con premio (muestra varones/mujeres)

MÁQUINAS RECREATIVAS CON PREMIO	\bar{x}		S_x		Rango			
					Mínimo		Máximo	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Frecuencia (nº veces/semana)	8,59	4,75	8,21	2,31	1	1	50	7
Gasto máximo de dinero (ptas./semana)	27.993	34.375	26.668	47.542	1.000	5.000	100.000	150.000
Gasto mínimo de dinero (ptas./semana)	14.671	11.666	15.412	11.718	1.000	3.000	75.000	25.000
Tiempo invertido (horas/semana)	11,45	14,37	8,87	17,95	0,4	1	42	56

Activación psicofisiológica

Registro psicofisiológico

Como puede observarse en las Figuras 12.59. y 12.60., tanto la respuesta electrodérmica (SCL) como la tasa cardíaca (HR) sufren un incremento en el período de juego con respecto a la línea-base; incremento que aparece en las tres sesiones pretratamiento. En ambas respuestas, el mayor cambio se aprecia en la primera sesión, la diferencia es menor en la segunda, incrementándose de nuevo en la tercera, aunque no se llega a recuperar el nivel de cambio de la primera (excepto en la muestra de mujeres, donde la SCL llega a superarlo; y donde la HR se comporta de forma distinta). En el caso de la respuesta electrodérmica (SCL) dicho incremento es de 4.85, 3.99 y 4.44 μ hmos, respectivamente; cambio de menor magnitud en el grupo de las mujeres. Por su parte, la tasa cardíaca (HR) sufre un incremento medio de 7.38, 6.58 y 6.79 latidos por minuto (lpm) en las sucesivas sesiones; un cambio que también en este caso es inferior en la muestra de mujeres.

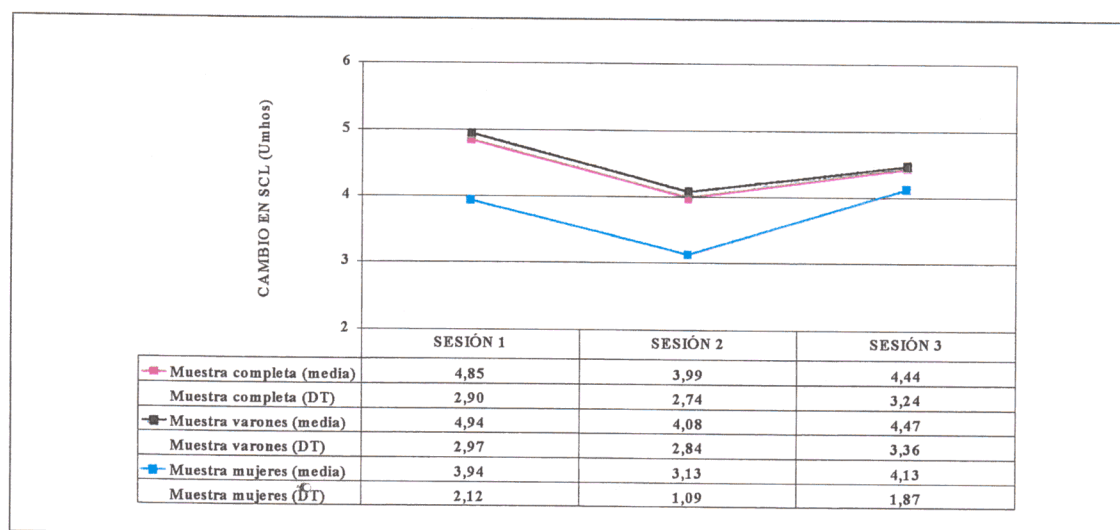


FIGURA 12.59. Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL): Diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica (DT) en μ hmos).

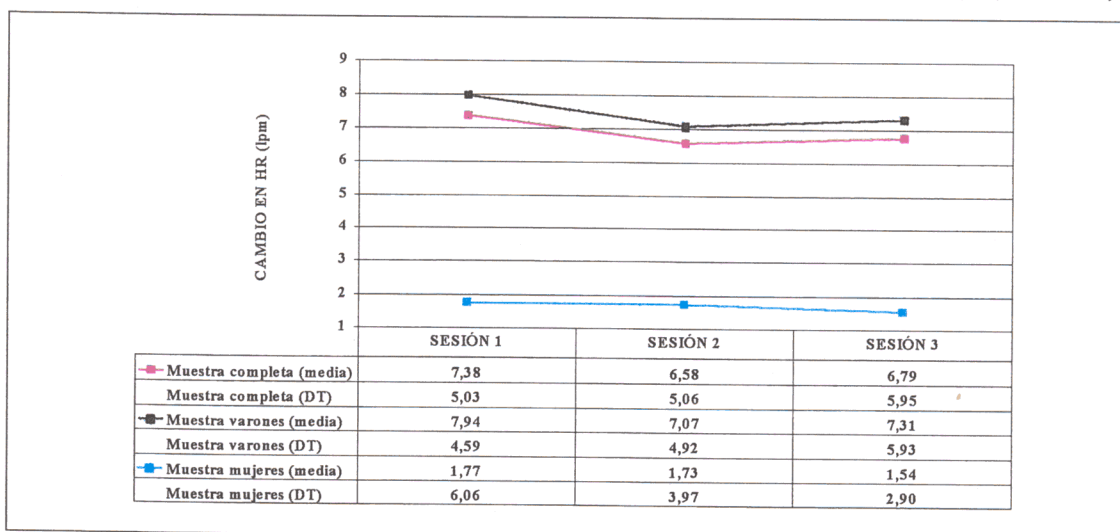


FIGURA 12.60. Cambio en la tasa cardíaca (HR): Diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica (DT) en latidos por minuto (lpm)).

Método de autoinforme

Las Figuras 12.61. y 12.62. resumen los datos extraídos de las escalas tipo Likert para la medida subjetiva de la activación. En el primer gráfico se observa que los sujetos, por término medio, perciben que su estado de ánimo durante el juego es normal (3), en ese abanico que va desde el aburrimiento (1), pasando por la relajación (2), hasta la excitación (4) y en mayor grado un estado de ansiedad (5). En el caso de las mujeres la tendencia, con el paso de las sesiones, es desembocar en un estado cercano a la relajación.

El segundo gráfico representa la valoración que hacen los sujetos de dicho estado de ánimo, y de nuevo la muestra se decanta por una sensación neutra (3), en ese continuo que va desde muy desagradable (1) hasta muy placentera (5). También en este caso la tendencia de la submuestra de mujeres a lo largo de las sesiones varía, ya que desde unas posiciones más cercanas que los varones a la sensación desagradable (2), la valoraciones posteriores (que coinciden con un estado de ánimo relajado) se aproximan a la categoría de sensación placentera (4).

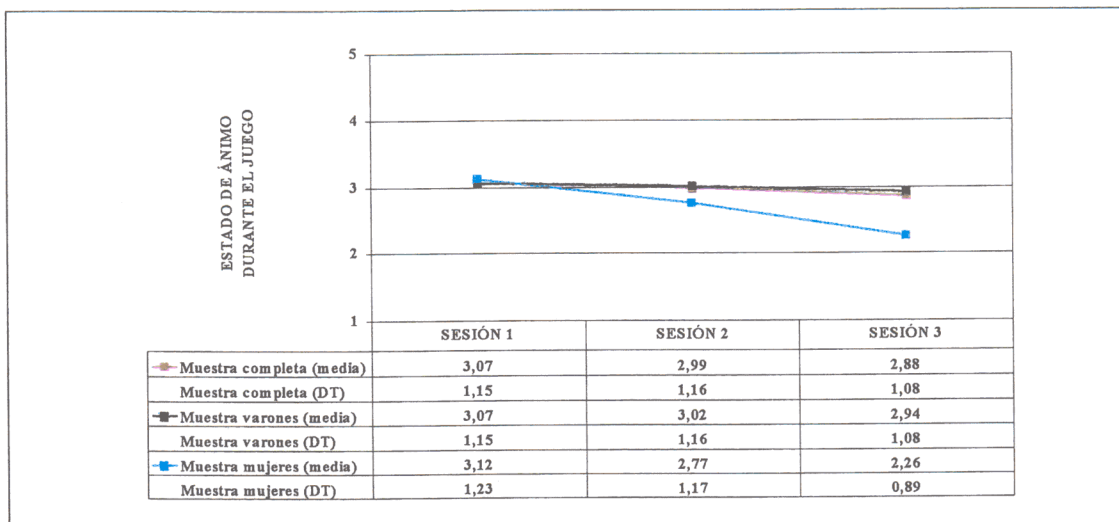


FIGURA 12.61. Estado de ánimo durante el juego en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica (DT)). (1=aburrimiento; 2=relajación; 3=normal; 4=excitación; 5=ansiedad).

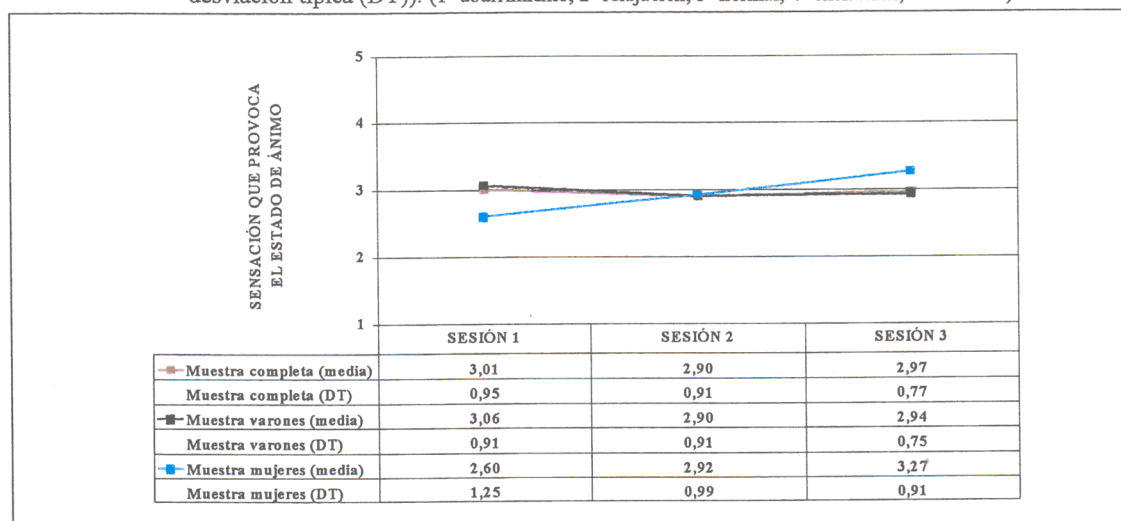


FIGURA 12.62. Sensación que provoca el estado de ánimo en las tres sesiones psicofisiológicas pretratamiento (media y desviación típica (DT)). (1=muy desagradable; 2=desagradable; 3=neutra; 4=placentera; 5=muy placentera).

Distorsiones cognitivas

Método observacional

Con un porcentaje de acuerdo interjueces del 86.77%, calculado mediante el procedimiento utilizado por Walker (1992b)⁸, la tasa de producción de frases irracionales ronda el 0.30, o lo que es lo mismo, el 30% del total de las frases emitidas por los sujetos es de carácter irracional; y la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias el 0.97, esto es, cuando los sujetos hacen alusión a alguna estrategia en relación al juego, en un 97% de las ocasiones son incorrectas, pues no hacen referencia a probabilidades objetivas sino más bien a unos intentos infructuosos de influir en el resultado.

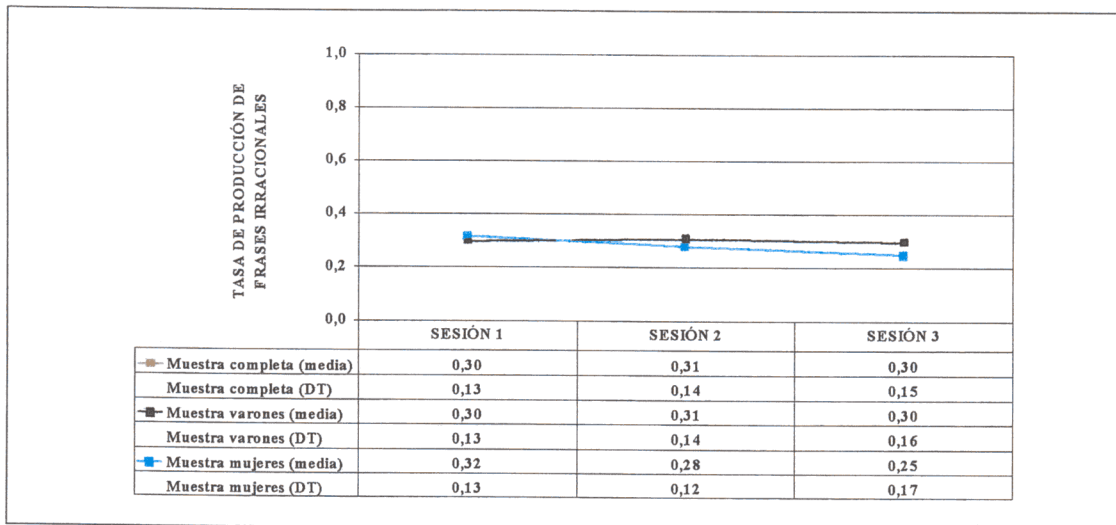


FIGURA 12.63. Tasa de producción de frases irracionales en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica (DT)).

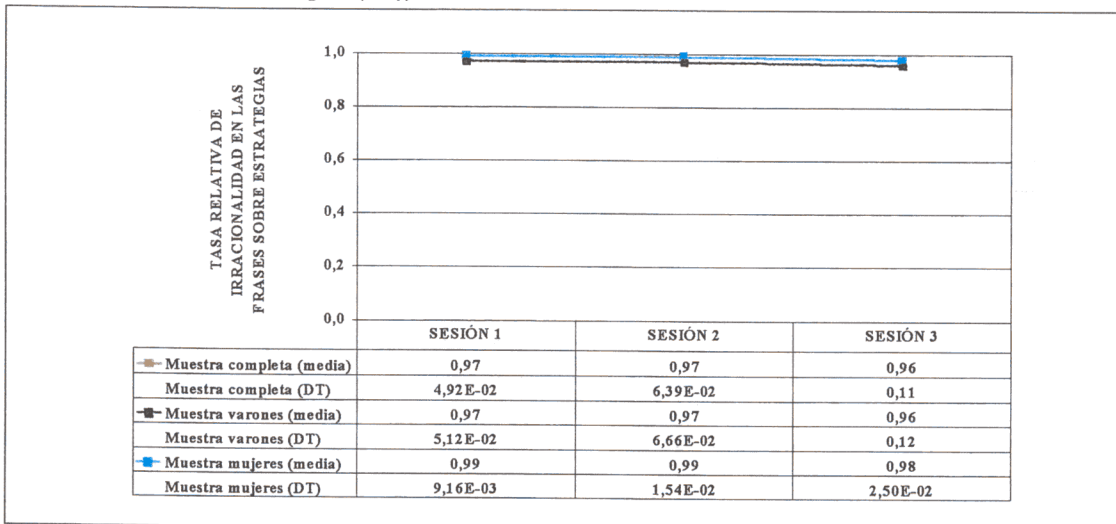


FIGURA 12.64. Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica (DT)).

⁸ Se elige una grabación de un sujeto al azar para calcular la fiabilidad interjueces. El experimentador divide la transcripción en frases que son codificadas independientemente por los cuatro jueces. Para cada frase la categoría dominante se establece como la categoría correcta (si no existe una categoría dominante, ésta se determina tras la discusión entre los jueces). La fiabilidad de un juez se calcula como el porcentaje de juicios que coinciden con la categoría dominante. La fiabilidad interjueces se calcula realizando la media de los porcentajes de fiabilidad de cada juez.

Por término medio, son los varones de la muestra los que, en el conjunto de las verbalizaciones emitidas, expresan más frases irracionales que las mujeres (excepto en la primera sesión de juego); sin embargo, entre aquellas frases que hacen referencia a estrategias, las mujeres manifiestan mayor porcentaje de irracionalidad.

Aunque la diferencia entre sesiones es mínima, la tendencia observada en la tasa de producción de frases irracionales refleja un ligero incremento en una segunda sesión de juego (excepto en el grupo de las mujeres que se produce un descenso continuado de la misma), mientras que la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias se mantiene en las dos primeras sesiones de juego, disminuyendo en una tercera.

Método de autoinforme

Inventario de pensamientos

Estudio psicométrico:

- Fiabilidad. Un coeficiente alpha de 0.82⁹.
- Validez de constructo. El análisis factorial mediante componentes principales (rotación oblicua) explicaría con tres factores (ver Tabla 12.7.) el 35% de la variabilidad total de la muestra.

Factor 1: *Ilusión de control*

Factor 2: *Heurístico de la representatividad y correlación ilusoria*

Factor 3: *Predicción de resultados*

En la tabla 12.6. se resumen las puntuaciones de la muestra obtenidas en cada uno de estos factores. Los datos sugieren que los errores cometidos en mayor medida son aquellos que hacen referencia a la insensibilidad al tamaño muestral y a la falacia del jugador, así como la correlación ilusoria (Factor 2). En segundo lugar, todos esos sesgos que aventuran predicciones en una tarea basada en el azar (Factor 3); siendo la ilusión de control (Factor 1) la distorsión que aparece en menor proporción. Con respecto a esta distribución no existen diferencias entre varones y mujeres, aunque éstas últimas cometen más errores relacionados con el heurístico de la representatividad y la correlación ilusoria que los varones, y éstos, por su parte, realizan más predicciones sobre los resultados y consideran que tienen más control sobre la máquina que sus homólogas.

TABLA 12.6. Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de pensamientos

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS	MEDIA (\bar{x})			DESVIACIÓN TÍPICA (S_x)		
	♂+♀	♂	♀	♂+♀	♂	♀
Factor 1 (10-50)	22.06	22.34	19.25	6.59	6.36	8.55
Factor 2 (10-50)	33.01	32.94	33.75	6.56	6.28	9.39
Factor 3 (9-45)	26.67	26.90	24.38	7.67	7.82	5.95

⁹ Excluyendo del cálculo el ítem 9 («creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad»), cuyo índice de discriminación es -0.29.

TABLA 12.7. Análisis factorial (solución sobre tres factores)

VARIABLES Ítem del Inventario de Pensamientos	FACTORES (saturación de las variables)		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
10. Pienso que a la larga se acaba siempre perdiendo	0.813		
7. Pienso que en las máquinas tragaperras hay más posibilidades de perder que de ganar	0.762		0.115
23. Pienso que soy bueno en este juego y que, por tanto, llegaré a controlarlo	0.612	0.103	
30. He ganado muchas veces, de hecho al final siempre salgo ganando	0.553		
21. Por mucho que juegue no llegaré a controlar las máquinas tragaperras	0.535	0.140	
18. Me considero una persona con suerte en el juego («suertuda»)	0.503	0.120	0.227
19. Pienso que soy más listo que los demás y que a la larga ganaré	0.454		0.314
28. Pienso que jugando no llegaré a recuperar el dinero perdido	0.413		0.233
26. Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas	0.406	0.141	0.256
3. Las máquinas tragaperras no se pueden controlar	0.288		
25. Me imagino el estruendo de una máquina tragaperras cuando da premios y pienso lo probable que es que me toque también a mí	0.230	0.668	
11. Cuando una combinación de frutas lleva mucho tiempo sin aparecer, pienso que está a punto de salir		0.598	0.250
12. Cuando una máquina lleva muchas jugadas sin dar premios, pienso que está «caliente», que pronto va a tocar algo	0.120	0.587	0.160
29. Si pierdo pienso que es debido a la mala suerte		0.533	0.401
15. No dejo jugar a otros en «mi máquina» hasta que no haya acabado	0.253	0.476	0.145
4. Si gano, tiendo a pensar que mi «sistema» ha funcionado o que lo he hecho bien	0.247	0.472	0.242
13. Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.		0.463	0.144
5. A veces voy con la «sensación» de que voy a ganar	0.189	0.411	0.327
8. No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar		0.411	
16. Cuando pierdo y he estado «cerca», pienso que «casi gano»	0.206	0.328	0.158
2. Suelo predecir tanto los resultados positivos como los negativos	0.109	0.163	0.560
6. Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto	0.274		0.545
1. Tengo un «sistema» para ganar en el juego	0.134		0.543
24. Pienso que es el azar el que determina los resultados del juego	0.162	0.145	0.529
22. Suelo anticipar cuando va a tocar un gran premio	0.133	0.219	0.505
27. Tengo un lugar y/o una máquina favorita en los que las posibilidades de ganar son mayores	0.197		0.472
17. Pienso que no se pueden predecir los resultados	0.181		0.468
20. Cuando estoy jugando casi siempre hago las mismas cosas y en el mismo orden	0.109	0.121	0.405
10. Cada partida es independiente de las demás, por tanto, los resultados de una jugada no influyen en los resultados de las siguientes	0.232		0.361
Varianza explicada	21.65 %	7.10%	6.27%

Correlación entre factores: $r_{12} = -0.205$; $r_{13} = -0.249$; $r_{23} = -0.197$

Varianza total explicada = 35.02%

En **negrita** las saturaciones de los ítems que se incluyen en el factor

Las casillas vacías representan saturaciones inferiores a 0.10

Escalas tipo Likert

A continuación se resumen los resultados obtenidos con las escalas Likert aplicadas antes y después de cada sesión de juego; pero en su análisis no debe olvidarse la gran variabilidad que presentan estos datos.

Antes de comenzar a jugar, los sujetos estiman una probabilidad media de ganar que oscila entre el 34-38%, posibilidades que la muestra de varones percibe más elevadas (36-39%) que la de mujeres (21-27%). La evolución de la probabilidad de ganar a lo largo de las sesiones refleja un incremento en la segunda sesión de juego y una disminución en la tercera con respecto a la primera, aunque en la submuestra de mujeres se produce un descenso de dicha probabilidad a lo largo de las tres sesiones de juego, con una disminución más acusada en la tercera sesión (de 27.5% a 21.25%) (ver Figura 12.65.).

Una vez concluido el juego (ver Figuras 12.66.-12.68.), un 54-56% de los resultados se atribuye al azar, otro 43-46% a la suerte (buena o mala) y aproximadamente un 10% a la habilidad. Una distribución que no coincide en las submuestras de varones y mujeres, pues aunque el mayor porcentaje siempre va a parar al azar, en el caso de los varones esta cifra ronda el 53-56%, mientras que en las mujeres asciende al 57-66%. Con respecto al influjo atribuido a la suerte, los varones le otorgan un poder del 43-46% y las mujeres entre el 38-47%. Además mientras las mujeres conceden a la habilidad una influencia del 7-8%, los varones le atribuyen un peso del 10-11%. Diferencias que también se reflejan a lo largo de las sesiones, ya que los varones tienden a atribuir una influencia cada vez menor al azar y mayor a la suerte y la habilidad, mientras que las mujeres, por el contrario, es al azar al que le otorgan cada vez más importancia en detrimento de la suerte y la habilidad. El porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad sigue una evolución distinta a los otros dos factores, pues mientras la trayectoria del azar y la suerte toma una forma ascendente o descendente continua, la influencia atribuida a la habilidad fluctúa a lo largo de las tres sesiones de juego, incrementándose en la segunda sesión y descendiendo en la tercera por debajo de los valores de la primera sesión. Por otra parte, una trayectoria común en las submuestras de varones y mujeres.

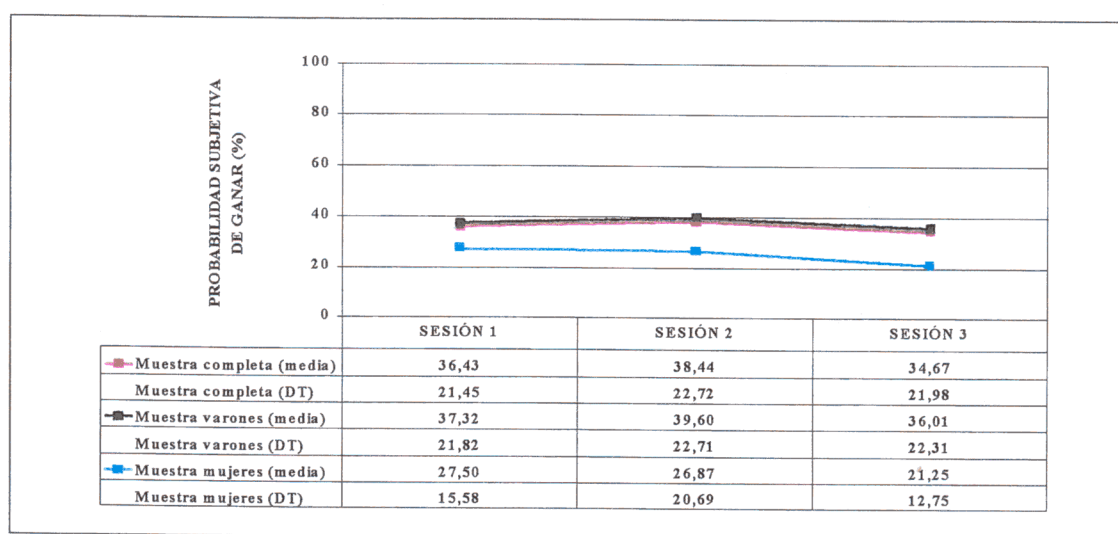


FIGURA 12.65. Probabilidad subjetiva de ganar (en porcentaje) en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica (DT)).

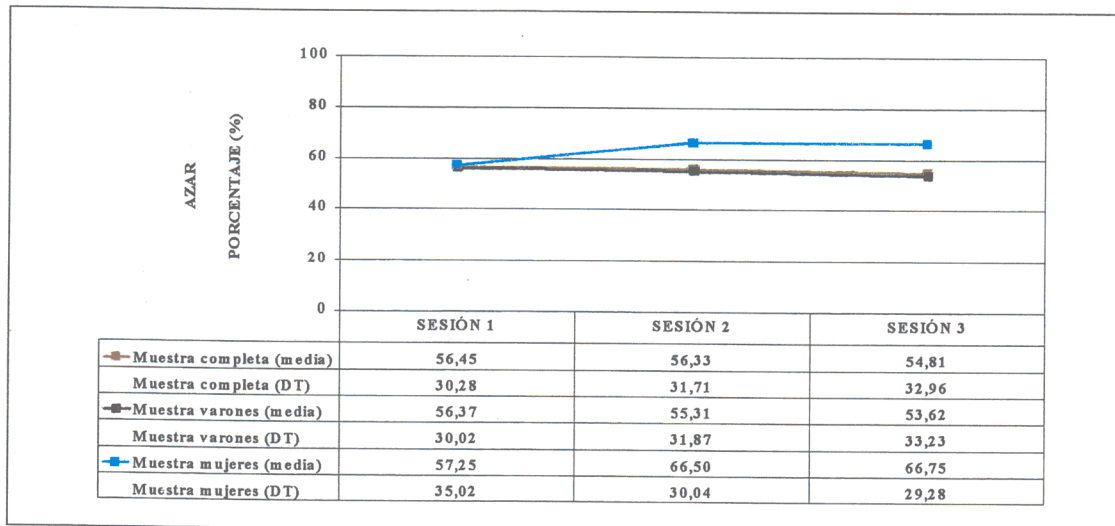


FIGURA 12.66. Porcentaje de los resultados atribuido al azar en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica (DT)).

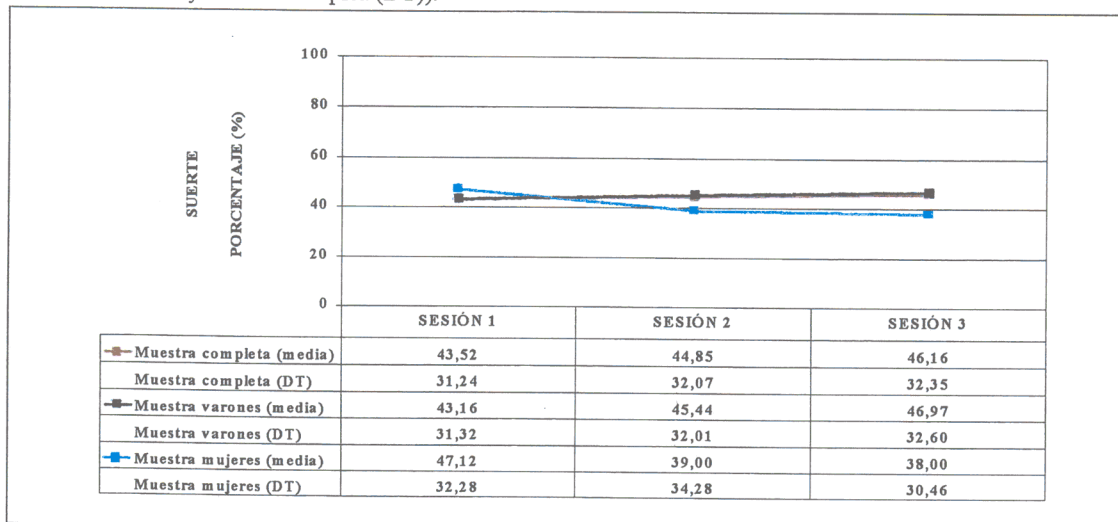


FIGURA 12.67. Porcentaje de los resultados atribuido a la suerte en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica (DT)).

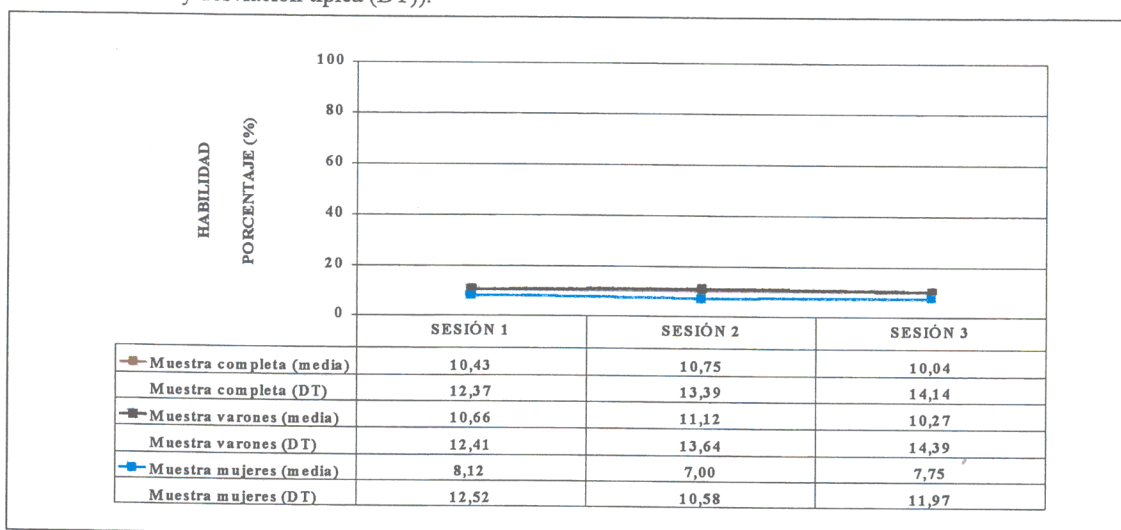


FIGURA 12.68. Porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad en las tres sesiones de juego pretratamiento (media y desviación típica (DT)).

Conductas motoras durante el juego

A continuación se describen las conductas motoras observadas en los sujetos mientras juegan bajo las condiciones experimentales en situación de laboratorio. Se comenzará comentando las conductas más frecuentes en la muestra completa para posteriormente analizar las posibles diferencias entre varones y mujeres.

Con respecto al número de monedas que se introducen en la máquina una vez que ésta reclama dinero (ver Figura 12.69.), la costumbre de los jugadores suele ser introducir varias monedas seguidas (87.5%), ya sea en un número fijo o sobre todo en cantidades variables; lo que supone, en definitiva, jugar también varias partidas de forma continuada.

Al jugar, lo más habitual es utilizar el dedo índice (26.4%) o combinar éste con el dedo medio (20.8%) para pulsar todos los botones. Otra modalidad muy extendida consiste en dar al botón de «jugar» con el pulgar y al resto de los botones con el dedo índice (20.8%) (ver Figura 12.70.). Con independencia de los dedos empleados para pulsar los botones, los jugadores se caracterizan por dar golpes secos (32.5%) o secos y fuertes (42.5%) a todos los botones luminosos, o sólo a alguno de ellos (13.8%) (ver Figura 12.71.).

Como puede observarse en la figura 12.72., mientras están ocupados en dar a los botones un 52.3% mantiene, a su vez, monedas en la mano con la que juega; y otro 32.6%, aunque no sostiene monedas constantemente, tiene la costumbre de coger alguna antes de que se acabe la jugada de cara a insertarla en la máquina.

Otro hábito común es el de acercarse a mirar los rodillos cuando la máquina ofrece «avances» (ver el Cuadro 11.1. para una descripción detallada del juego), en concreto, un 47.1% siempre que se da esta circunstancia lleva a cabo la conducta de acercarse a la máquina con objeto de mirar los rodillos, y un 24.1% realiza la conducta en algunas ocasiones (ver Figura 12.73.). Asimismo, suele ser habitual emitir alguna conducta adicional mientras se está jugando, como dar continuamente a algún botón, mantener la

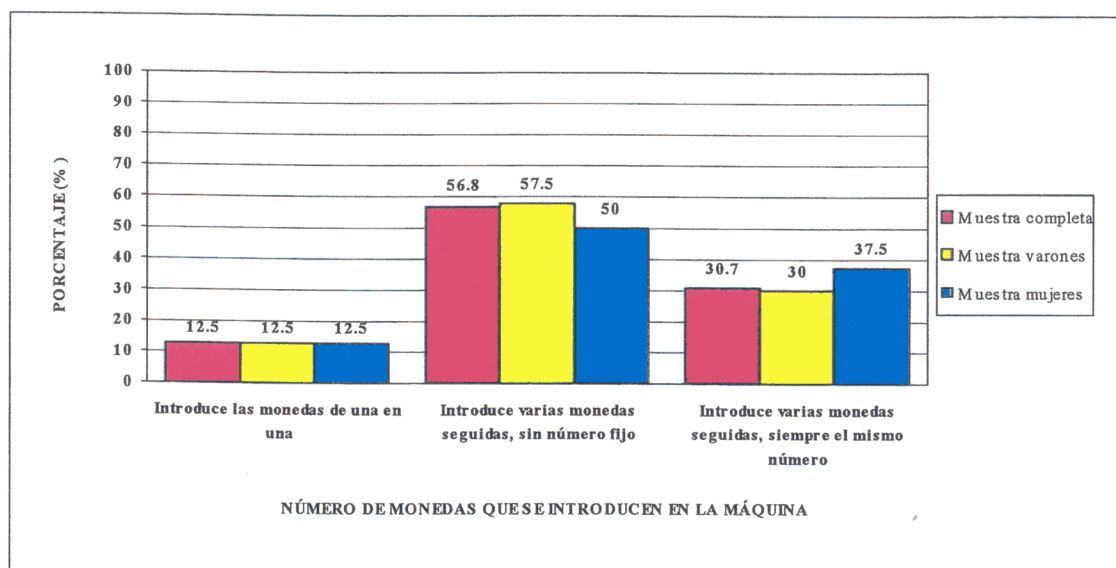


FIGURA 12.69. Número de monedas que se introducen en la máquina.

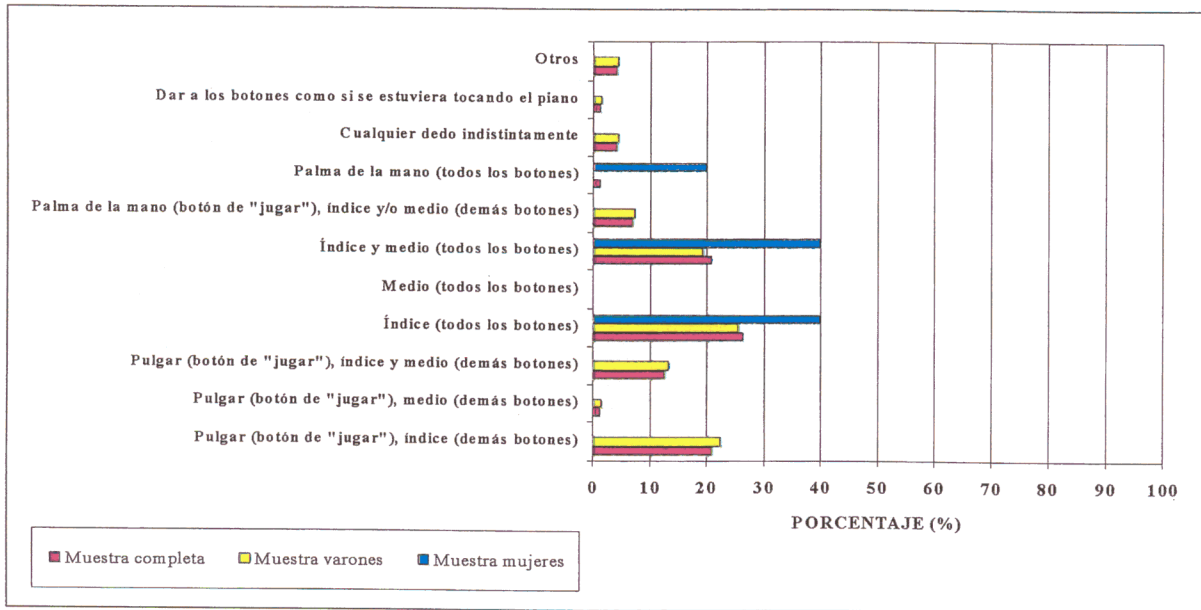


FIGURA 12.70. Dedos que se utilizan para jugar.

mano derecha apoyada en el panel de botones, empujar o dar golpes a la máquina o moverse en la banqueta (50%) (ver Figura 12.74.).

Las conductas realizadas por los varones y las mujeres de la muestra mientras juegan difieren, fundamentalmente, en que las mujeres no utilizan la combinación del dedo pulgar e índice para pulsar los botones y, en cambio, emplean la palma de la mano (20%). Aunque la mayor parte de las mujeres también da golpes fuertes o secos a los botones, un porcentaje mayor que en el caso de los varones los pulsa suavemente (14.3% versus 8.2%). Por otra parte, el hábito de acercarse a mirar los rodillos se manifiesta en menos ocasiones en las mujeres, ya que un 42.9% no emite esta conducta en ninguna ocasión, frente al 27.5% de los varones que no la realizan. Asimismo, las mujeres presentan un porcentaje menor de conductas adicionales durante el juego (75% versus 93.7%).

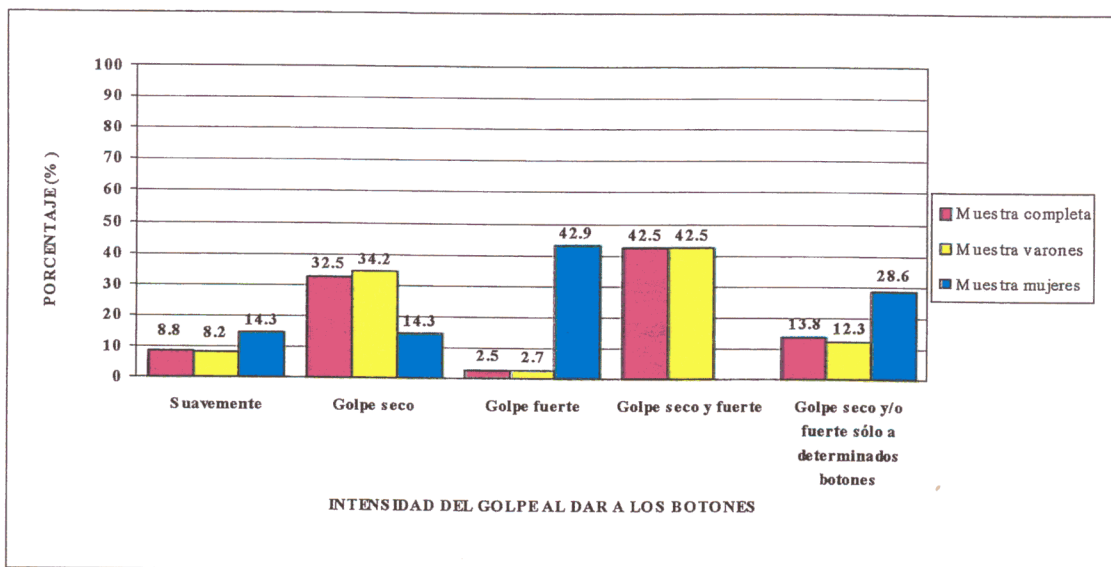


FIGURA 12.71. Intensidad del golpe al dar a los botones.

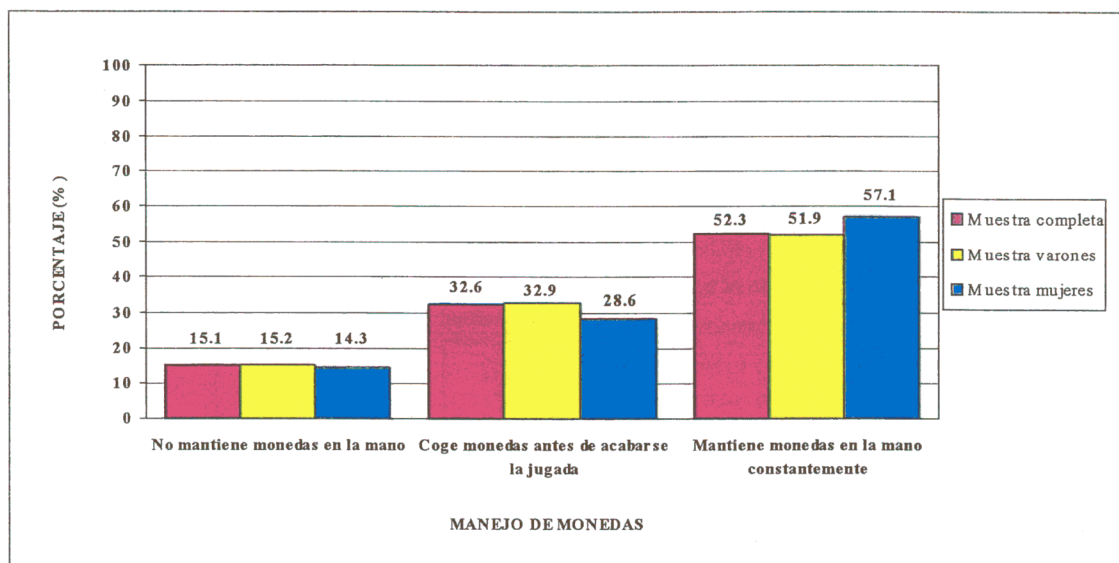


FIGURA 12.72. Manejo de monedas.

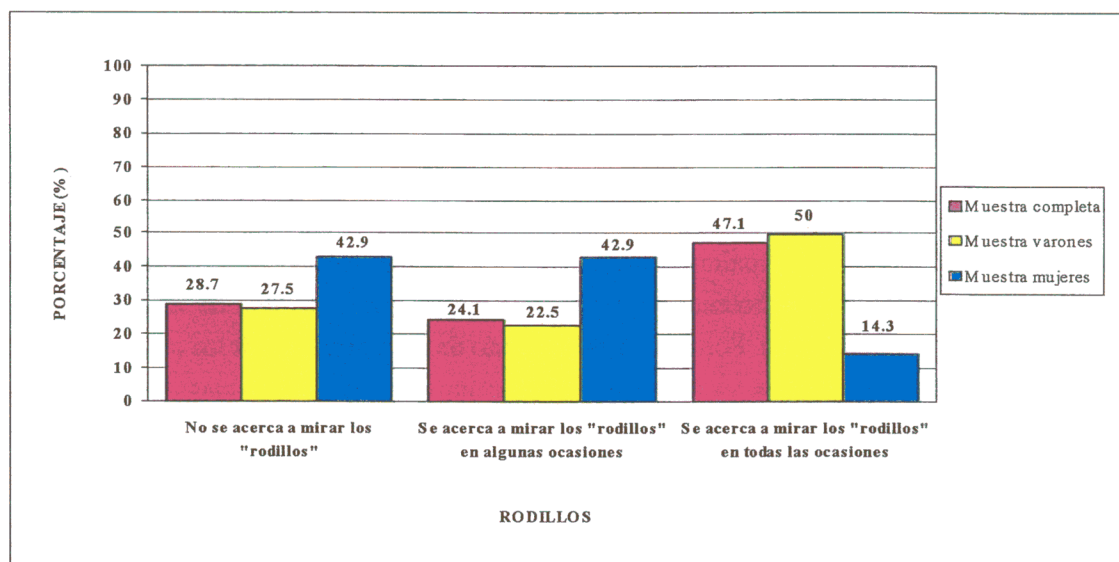


FIGURA 12.73. Rodillos.

En la Figura 12.75. se observa como el 68.2% de la muestra invierte de nuevo en la máquina, parte o la totalidad, de los premios obtenidos a lo largo de las partidas. Una inversión característica de ambos sexos y que se mantiene constante en las dos primeras sesiones de juego, variando en la tercera, donde un porcentaje menor de varones vuelve a jugarse los premios (el 67.5% frente al 68.8%) y, sin embargo, un porcentaje mayor de mujeres decide invertir las ganancias (el 75% frente al 62.5%) (ver Figuras 12.77. y 12.79.).

Finalmente, cuando al terminar de jugar se le ofrece, a aquellos que no se han jugado todas sus fichas-premio, el dinero que les corresponde, entre un 62.3% y un 70.6% no lo acepta. Una conducta que varía a lo largo de las sesiones, aumentando el porcentaje de varones que acepta el dinero en la segunda sesión y disminuyendo en el caso de las mujeres (ver Figuras 12.76., 12.78. y 12.80.).

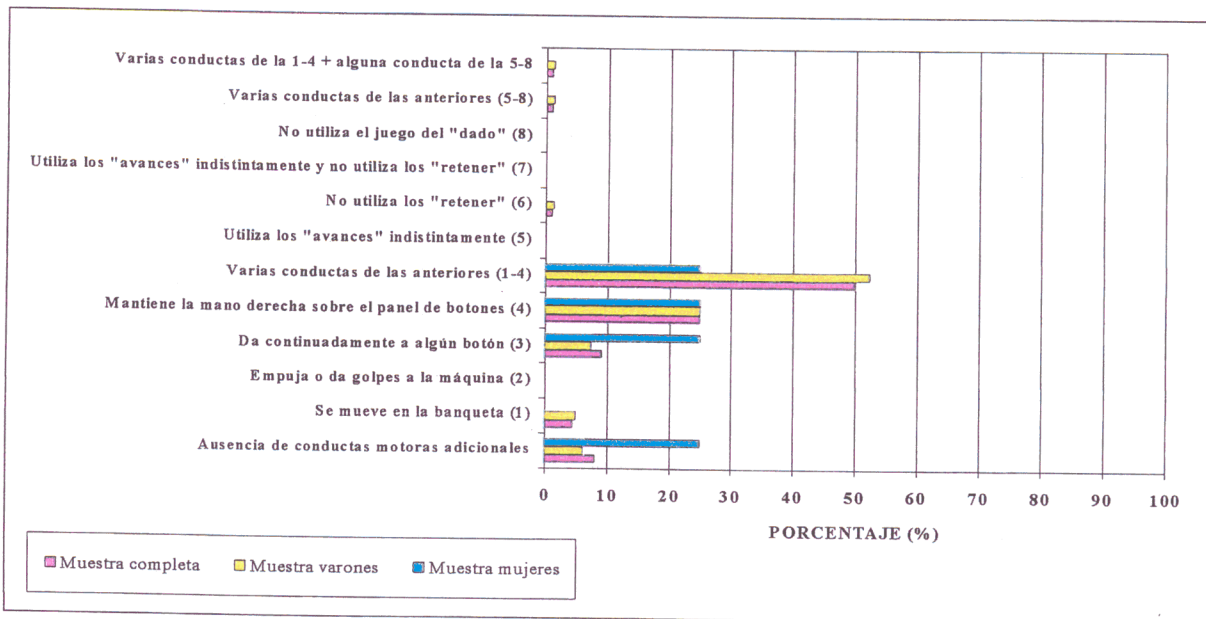


FIGURA 12.74. Otras conductas motoras.

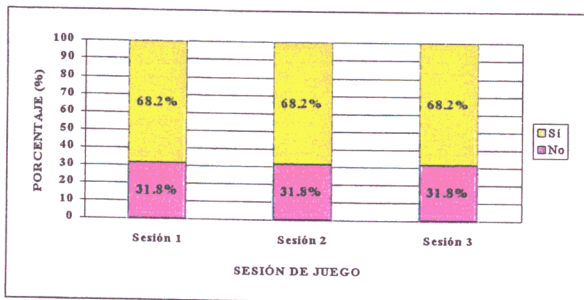


FIGURA 12.75. Recoger monedas (muestra completa).

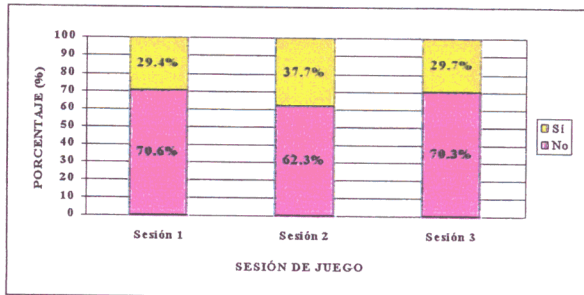


FIGURA 12.76. Aceptar el dinero (muestra completa).

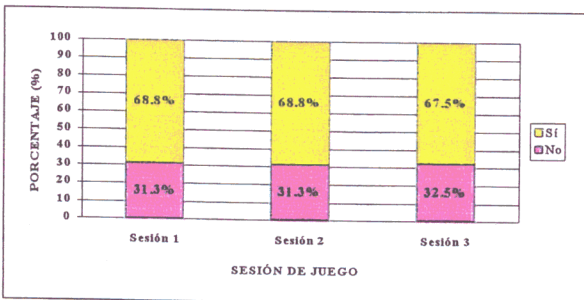


FIGURA 12.77. Recoger monedas (muestra varones).

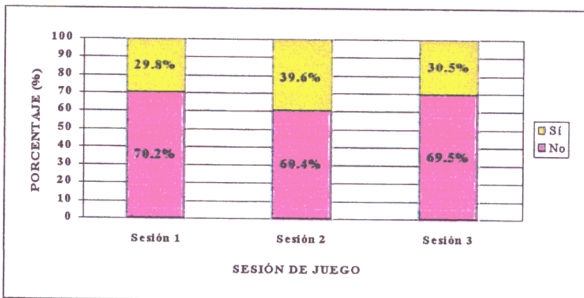


FIGURA 12.78. Aceptar el dinero (muestra varones).

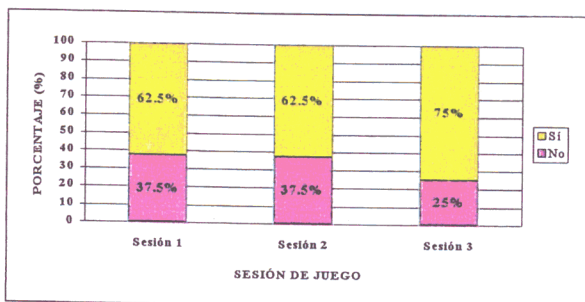


FIGURA 12.79. Recoger monedas (muestra mujeres).

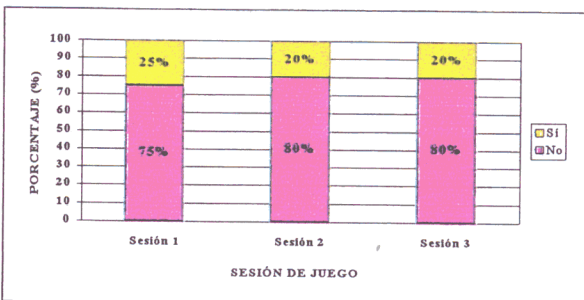


FIGURA 12.80. Aceptar el dinero (muestra mujeres).

Variables de adaptación y sintomatología concomitante

En la Tabla 12.8. se recoge la media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la Escala de Adaptación, el BDI y el STAI (A-E).

Las puntuaciones medias de los sujetos en la Escala de Adaptación, en cualquiera de las subescalas que la conforman, se encuentran entre los 3-5 puntos; lo que se traduce en que cada uno de estos aspectos de la vida cotidiana se ha visto afectado, al menos, poco y en algunos casos bastante o mucho. Este deterioro del funcionamiento se percibe, sobre todo, en la escala global y en la vida familiar; y en menor medida, en la relación de pareja, el tiempo libre, la vida social o el trabajo. La magnitud con la que se ven afectadas estas últimas cuatro áreas citadas, en el grupo de mujeres, sigue un orden distinto al indicado, donde la vida social se pone en primer lugar, después de la escala global y la vida familiar, seguida del trabajo, la relación de pareja y finalmente el tiempo libre.

En el BDI obtienen una puntuación media cercana al 17, lo que supone, atendiendo a los puntos de corte establecidos, incluir a esta muestra dentro de la categoría de depresión moderada. Categoría en la que se ven inmersos tanto varones como mujeres, aunque estas últimas con una puntuación media más elevada (20 frente a 16.62).

Con respecto al STAI (A-E), la puntuación media ronda el 29 en la muestra completa, siendo de 28.62 en el subgrupo de varones (puntuaciones normativas: $\bar{x}=20.54$; $S_x=10.56$), y de 32.25 en el de mujeres (puntuaciones normativas: $\bar{x}=23.30$; $S_x=11.93$). Unas cifras que, comparadas con los baremos normativos, sitúan tanto a los varones como a las mujeres en el centil 77 (baremo de adultos).

TABLA 12.8. Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios

AUTOINFORME	MEDIA (\bar{x})			DESVIACIÓN TÍPICA (s_x)		
	♂ + ♀	♂	♀	♂ + ♀	♂	♀
Escala de Adaptación (1-6)						
• Trabajo	3.42	3.34	4.17	1.67	1.72	0.90
• Vida social	3.52	3.45	4.24	1.58	1.61	1.05
• Tiempo libre	3.82	3.85	3.44	1.52	1.56	1.12
• Relación de pareja	3.96	3.98	3.68	1.79	1.82	1.41
• Vida familiar	4.38	4.38	4.32	1.39	1.44	0.88
• Escala global	4.67	4.64	4.97	1.00	1.00	1.02
BDI (0-63)	16.94	16.62	20.00	9.86	9.96	8.90
STAI (A-E) (0-60)	28.96	28.62	32.25	13.98	13.91	15.10

12.2. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

El escaso número de mujeres, la desproporción existente entre ambos sexos y las diferencias encontradas en las variables descritas entre los varones y las mujeres de esta muestra, justifican la exclusión de las mismas del análisis de la eficacia del tratamiento. Por tanto, a partir de este momento los resultados analizados se refieren únicamente a la muestra de varones.

12.2.1. Estudio de la homogeneidad de los grupos

Se precisa determinar que no existen diferencias significativas entre los grupos experimentales en aquellas variables demográficas, de diagnóstico y de la historia de juego que pudieran afectar de alguna manera a la eficacia del tratamiento; para lo cual se realiza un análisis de la varianza (ANOVA)¹⁰ en el caso de las variables cuantitativas y la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) cuando se trata de variables cualitativas. Los resultados indican que no existen diferencias significativas en ninguna de las variables seleccionadas (ver Tablas 12.9. y 12.10.).

TABLA 12.9. ANOVA intergrupo: Variables demográficas, de diagnóstico e historia de juego relevantes

VARIABLES	$F_{(a)}$	SIGNIFICACIÓN*
Edad	$F_{(3, 79)} = 0,335$	n.s.
Número de síntomas de juego patológico	$F_{(3, 79)} = 1,119$	n.s.
Duración del problema (máquinas recreativas con premio)	$F_{(3, 79)} = 0,366$	n.s.
Número de recaídas (máquinas recreativas con premio)	$F_{(3, 79)} = 0,615$	n.s.
Número de tratamientos anteriores	$F_{(3, 79)} = 0,527$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

TABLA 12.10. *Ji*-cuadrado intergrupo: Variables de la historia de juego relevantes

VARIABLES	$\chi^2_{(a)}$	SIGNIFICACIÓN*
Existencia de deudas	$\chi^2_3 = 1,212$	n.s.
Conocimiento del problema de juego en el entorno	$\chi^2_3 = 2,347$	n.s.
Acude acompañado a consulta en alguna ocasión	$\chi^2_3 = 4,396$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

Asimismo, se realiza un análisis de la varianza (ANOVA)¹⁰ y la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) para comprobar la homogeneidad de los cuatro grupos en las variables dependientes cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Como muestran las Tabla 12.11. y 12.12., los resultados confirman que no existen diferencias significativas entre los grupos experimentales, esto es, son también homogéneos en lo que respecta a las variables dependientes antes de comenzar el tratamiento (excepto en momentos precisos

¹⁰ Se cumple el supuesto de homocedasticidad.

TABLA 12.11. ANOVA intergrupo: Variables dependientes

VARIABLES	$F_{(df)}$	SIGNIFICACIÓN*
ACTIVACIÓN PSICOFISIOLÓGICA		
• Registro psicofisiológico		
- Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 1,593$	n.s.
- Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 0,050$	n.s.
- Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 0,517$	n.s.
- Cambio en la tasa cardíaca (HR) (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 2,793$	$p < 0.046$
- Cambio en la tasa cardíaca (HR) (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 0,914$	n.s.
- Cambio en la tasa cardíaca (HR) (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 0,470$	n.s.
• Método de autoinforme (escalas tipo Likert)		
- Estado de ánimo durante el juego (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 0,258$	n.s.
- Estado de ánimo durante el juego (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 0,674$	n.s.
- Estado de ánimo durante el juego (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 0,221$	n.s.
- Sensación que provoca el estado de ánimo (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 0,053$	n.s.
- Sensación que provoca el estado de ánimo (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 0,852$	n.s.
- Sensación que provoca el estado de ánimo (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 0,417^{\dagger}$	n.s.
DISTORSIONES COGNITIVAS		
• Método observacional		
- Tasa de producción de frases irracionales (sesión 1)	$F_{(3, 78)} = 0,470$	n.s.
- Tasa de producción de frases irracionales (sesión 2)	$F_{(3, 78)} = 2,914$	$p < 0.040$
- Tasa de producción de frases irracionales (sesión 3)	$F_{(3, 78)} = 2,638$	n.s.
- Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias (sesión 1)	$F_{(3, 76)} = 0,357$	n.s.
- Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias (sesión 2)	$F_{(3, 76)} = 0,412$	n.s.
- Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias (sesión 3)	$F_{(3, 76)} = 0,473$	n.s.
• Método de autoinforme		
- Inventario de pensamientos: Factor 1	$F_{(3, 79)} = 1,389$	n.s.
- Inventario de pensamientos: Factor 2	$F_{(3, 79)} = 1,303^{\dagger}$	n.s.
- Inventario de pensamientos: Factor 3	$F_{(3, 79)} = 0,190$	n.s.
- Escala tipo Likert: probabilidad subjetiva de ganar (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 0,787$	n.s.
- Escala tipo Likert: probabilidad subjetiva de ganar (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 0,983$	n.s.
- Escala tipo Likert: probabilidad subjetiva de ganar (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 2,127$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido al azar (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 2,946$	$p < 0.038$
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido al azar (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 2,529$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido al azar (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 1,018$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido a la suerte (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 0,483$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido a la suerte (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 0,663$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido a la suerte (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 0,538$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido a la habilidad (sesión 1)	$F_{(3, 79)} = 2,177$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido a la habilidad (sesión 2)	$F_{(3, 79)} = 0,106$	n.s.
- Escala tipo Likert: % de los resultados atribuido a la habilidad (sesión 3)	$F_{(3, 79)} = 0,298$	n.s.
VARIABLES DE ADAPTACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA CONCOMITANTE		
• Escala de Adaptación		
- Trabajo	$F_{(3, 75)} = 1,075$	n.s.
- Vida social	$F_{(3, 76)} = 0,408^{\dagger}$	n.s.
- Tiempo libre	$F_{(3, 79)} = 0,223$	n.s.
- Relación de pareja	$F_{(3, 71)} = 0,227$	n.s.
- Vida familiar	$F_{(3, 79)} = 0,054$	n.s.
- Escala global	$F_{(3, 79)} = 0,251$	n.s.
• BDI	$F_{(3, 76)} = 1,004^{\dagger}$	n.s.
• STAI (A-E)	$F_{(3, 75)} = 0,415$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ [†] No se cumple el supuesto de homocedasticidad

TABLA 12.12. Ji-cuadrado intergrupo: Variables dependientes

VARIABLES	χ^2_{df}	SIGNIFICACIÓN*
CONDUCTAS MOTORAS DURANTE EL JUEGO		
• Recoger monedas		
- Sesión 1	$\chi^2_3 = 3,433$	n.s.
- Sesión 2	$\chi^2_3 = 5,295$	n.s.
- Sesión 3	$\chi^2_3 = 7,521$	n.s.
• Aceptar el dinero		
- Sesión 1	$\chi^2_3 = 1,014$	n.s.
- Sesión 2	$\chi^2_3 = 4,343$	n.s.
- Sesión 3	$\chi^2_3 = 7,103$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

de las tres mediciones pretratamiento en situación de juego, en concreto, en el cambio en la tasa cardíaca y en el porcentaje de los resultados atribuido al azar en la primera sesión, y en la tasa de producción de frases irracionales en la segunda sesión)¹¹.

Puede observarse que no se ha realizado el estudio de la homogeneidad de los grupos ni con los parámetros de la conducta de juego (frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio) ni con la mayoría de las conductas motoras durante el juego. En el primer caso la justificación se encuentra en la gran variabilidad de una conducta cuyos parámetros, analizados fuera del contexto del individuo que emite dicha conducta, no reflejan la implicación del jugador en esta actividad; pues la inversión de dinero y tiempo será importante en función de la situación de solvencia en la que se encuentre el sujeto. En este sentido, parece más oportuno elegir la variable número de síntomas de juego patológico como un indicador de la gravedad del problema; una variable en la que ya se ha visto que los grupos son homogéneos (ver Tabla 12.9.). Con respecto a la mayoría de las conductas motoras durante el período de juego, cabe decir que no se ha realizado este estudio de homogeneidad porque su interés reside, exclusivamente, en el análisis descriptivo de las mismas.

12.2.2. Estudio de la eficacia del tratamiento

Resultado de la intervención

Resultado final

El análisis intergrupo arroja unos resultados que oscilan entre el 15-55% de éxito al año de seguimiento. Como puede observarse en la Figura 12.81., son los tratamientos cognitivo con y sin exposición los que obtienen un porcentaje de éxito menor (15%), mejorados por el de exposición, que duplica esta cifra (30%), y alcanzando el 55% de éxito en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas. Estas diferencias son estadísticamente significativas entre el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas y los dos tratamientos cognitivos, con y sin sesiones de exposición; pero no aparecen diferencias significativas entre el tratamiento de exposición y alguna de las restantes intervenciones (ver Tabla 12.13).

¹¹ Esta ausencia de homogeneidad resulta irrelevante pues, como se verá en los siguientes epígrafes, en la medida postratamiento de tales variables no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

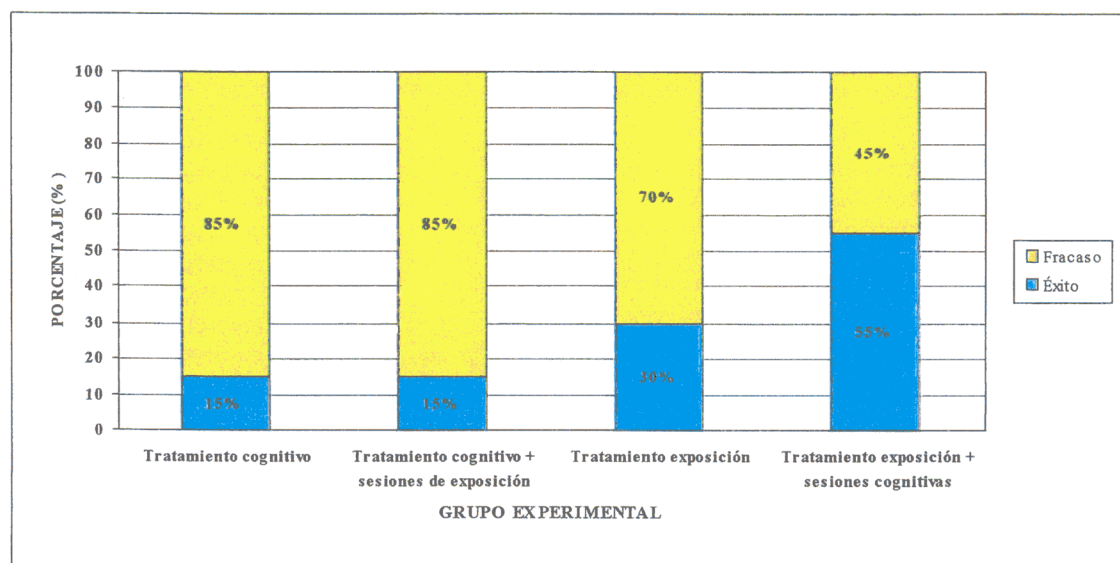


FIGURA 12.81. Resultado final: comparaciones entre grupos.

TABLA 12.13. Ji-cuadrado intergrupo: Resultado final

VARIABLES	χ^2_{df}	SIGNIFICACIÓN
RESULTADO FINAL	$\chi^2_3 = 10,435^*$	$p < 0.015$
Comparaciones:		
Tratamiento cognitivo - Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición	$\chi^2_1 = 0,000$	n.s.
Tratamiento cognitivo - Tratamiento exposición	$\chi^2_1 = 1,290$	n.s.
Tratamiento cognitivo - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 7,033^{**}$	$p < 0.008$
Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición - Tratamiento exposición	$\chi^2_1 = 1,290$	n.s.
Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 7,033^{**}$	$p < 0.008$
Tratamiento exposición - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 2,558$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Corrección de Bonferroni para 6 comparaciones: $p < 0.008$

Si se desglosan los resultados del fracaso, como queda reflejado en la Figura 12.82., se puede apreciar que en la intervención cognitiva predominan la recaída tras el tratamiento (20%) y la expulsión o abandono del mismo (15%); algo similar ocurre en el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición, pues también prevalece el abandono del tratamiento (35%) y la recaída una vez finalizado éste (15%), en este grupo experimental destaca asimismo esa condición en la que el sujeto ha seguido jugando y es a lo largo del seguimiento cuando se descubre o confirma tal sospecha (15%). Con respecto al tratamiento de exposición, dentro de la categoría de fracaso sobresale el abandono del tratamiento (30%), así como las condiciones en las que el sujeto ha seguido jugando y se descubre o confirma la sospecha a lo largo del seguimiento o se sospecha que juega pero sin datos objetivos (10%). Por su parte, en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas el fracaso se distribuye fundamentalmente entre el abandono del tratamiento (10%), la recaída acompañada de abandono del seguimiento (10%) y, una vez más, esa situación en la que el sujeto sigue jugando y se descubre o confirma en el seguimiento (10%). Además esta última intervención, exposición más sesiones cognitivas, destaca por ser la única en la que no existe expulsión del tratamiento (versus el 15% en el tratamiento cognitivo y el 5% en los tratamientos cognitivo con exposición y exposición) ni aparece esa situación en la que se sospecha que el sujeto juega pero no se puede afirmar ya

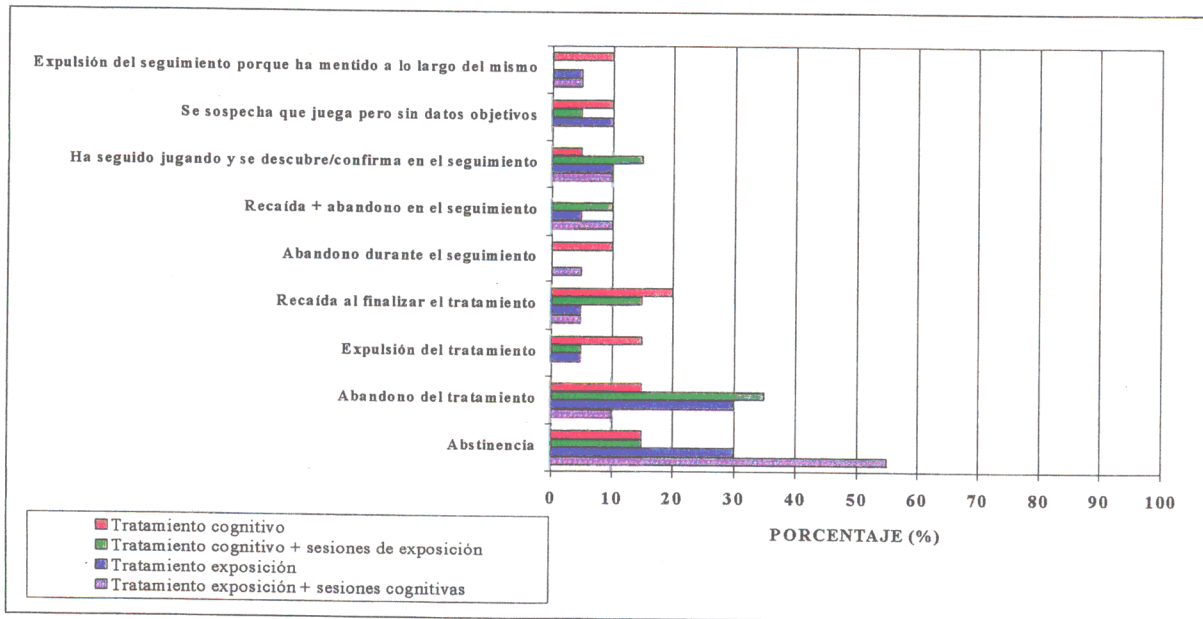


FIGURA 12.82. Resultado final (desglosado): comparaciones entre grupos.

que no se dispone de datos objetivos (versus un 10% en los tratamientos cognitivo y de exposición, y un 5% en el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición).

Si se analizan los resultados conjuntamente, con independencia del grupo experimental al que pertenece el sujeto, se observa que sólo en el 28.8% de los sujetos se consigue el éxito terapéutico; distribuyéndose el restante 71.2% de fracaso, fundamentalmente, entre las condiciones de abandono del tratamiento (31.6%), recaída al finalizar el mismo (15.8%) y esa situación en la que el sujeto ha seguido jugando pero sólo se descubre o confirma la sospecha en el seguimiento (14%). Con el mismo porcentaje, 8.8%, aparecen diversas categorías de fracaso: expulsión del tratamiento, recaída acompañada de abandono del seguimiento y la sospecha de que sigue jugando pero sin disponer de datos objetivos. Serán dos condiciones referidas al seguimiento las que aparecen en menor proporción, a saber, la expulsión del seguimiento por ocultar la existencia de episodios de juego a lo largo del mismo (7%) y el abandono del seguimiento (5.3%) (ver Figura 12.83.).

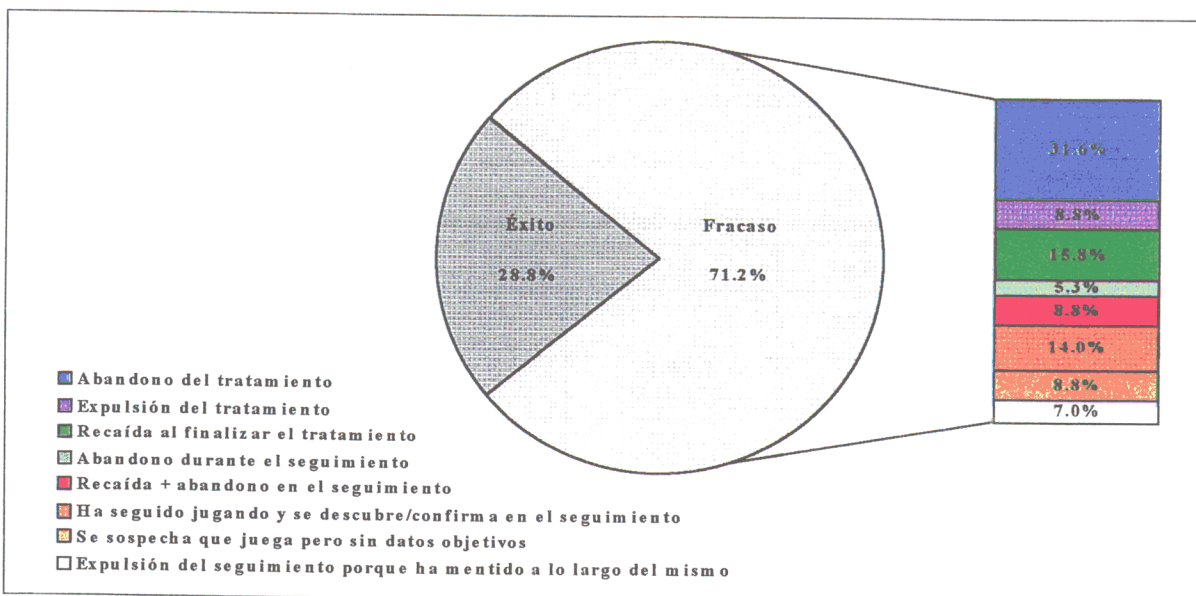


FIGURA 12.83. Resultado final (desglosado).

Seguimiento

A continuación se comenta la evolución de los sujetos a lo largo de los sucesivos seguimientos, el interés se centra en analizar la proporción de sujetos que se mantiene abstinentes o han sufrido caídas frente a aquellos que han experimentado recaídas en algún momento de este proceso. Por tanto, en este análisis sólo se incluyen los sujetos a los que se les ha evaluado en el seguimiento correspondiente.

En las Figuras 12.84.-12.88. puede observarse la evolución de los sujetos que continúan en el seguimiento. Comenzando con el tratamiento cognitivo, cabe destacar que el porcentaje de recaídas a lo largo de los seguimientos va en aumento, desde un 14.3% en el primer mes hasta un 37.5% a los doce meses de seguimiento, localizándose el punto álgido a los seis meses de haber finalizado el tratamiento (44.4%). Una evolución similar a la que se produce en el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición, en el que se pasa de un 9.1% de recaídas al mes de seguimiento a un 33.3% al año de seguimiento. La progresión experimentada en el tratamiento de exposición nada tiene que ver con las anteriores, pues en el primer y tercer mes de seguimiento se produce el mismo porcentaje de recaídas (16.7%), que además es el más elevado, ya que en el sexto mes se reduce casi a la mitad (9.1%), en el noveno mes todos los sujetos que han llegado a este punto se mantienen abstinentes y finalmente al año de seguimiento el porcentaje de recaídas vuelve a ascender al 12.5%. El desarrollo que se produce en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas también es fluctuante, se comienza con un 13.3% de recaídas al mes de seguimiento, cifra que asciende levemente en el sexto mes (14.3%), para reducirse en el noveno mes (7.1%) y acabar al año de haber concluido el tratamiento con un 9.1% de recaídas; en este caso es en el tercer mes de seguimiento donde no se producen recaídas.

Aunque las caídas se incluyen en el éxito terapéutico, su análisis desglosado del estado de abstinencia pone de manifiesto como estos episodios aislados de juego dejan de producirse a medida que transcurre el tiempo, prácticamente desapareciendo a partir del noveno mes de seguimiento; aunque en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas no se producen desde el sexto mes y, en cambio, en el tratamiento cognitivo siguen ocurriendo en el noveno mes.

En definitiva, tanto la progresión de los sujetos a lo largo de los seguimientos como los porcentajes de abstinencia, caída y recaída son distintos, destacándose el tratamiento cognitivo como aquel en el que ocurren más recaídas en los sucesivos seguimientos, y el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas como aquel que consigue el porcentaje más pequeño de recaídas al año de seguimiento. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas (ver Tabla 12.14.).

TABLA 12.14. Ji-cuadrado intergrupo: Seguimiento (abstinencia versus recaída)

VARIABLES	χ^2	SIGNIFICACIÓN*
SEGUIMIENTO		
1º mes	$\chi^2_3 = 0,295$	n.s.
3º mes	$\chi^2_3 = 4,625$	n.s.
6º mes	$\chi^2_3 = 4,385$	n.s.
9º mes	$\chi^2_3 = 5,534$	n.s.
12º mes	$\chi^2_3 = 3,128$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

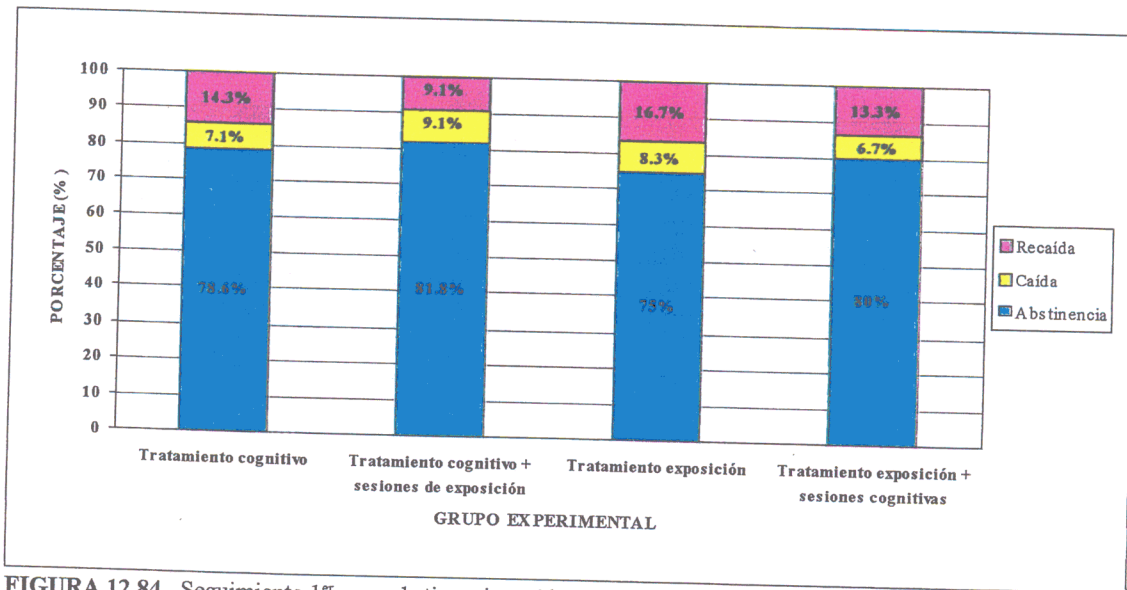


FIGURA 12.84. Seguimiento 1^{er} mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos.

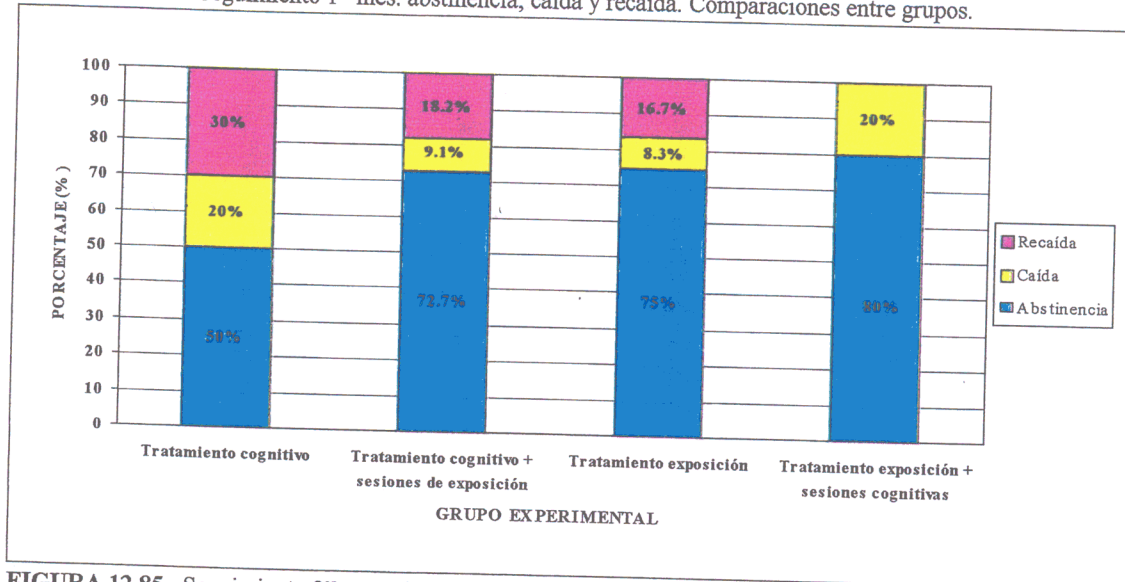


FIGURA 12.85. Seguimiento 3^{er} mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos.

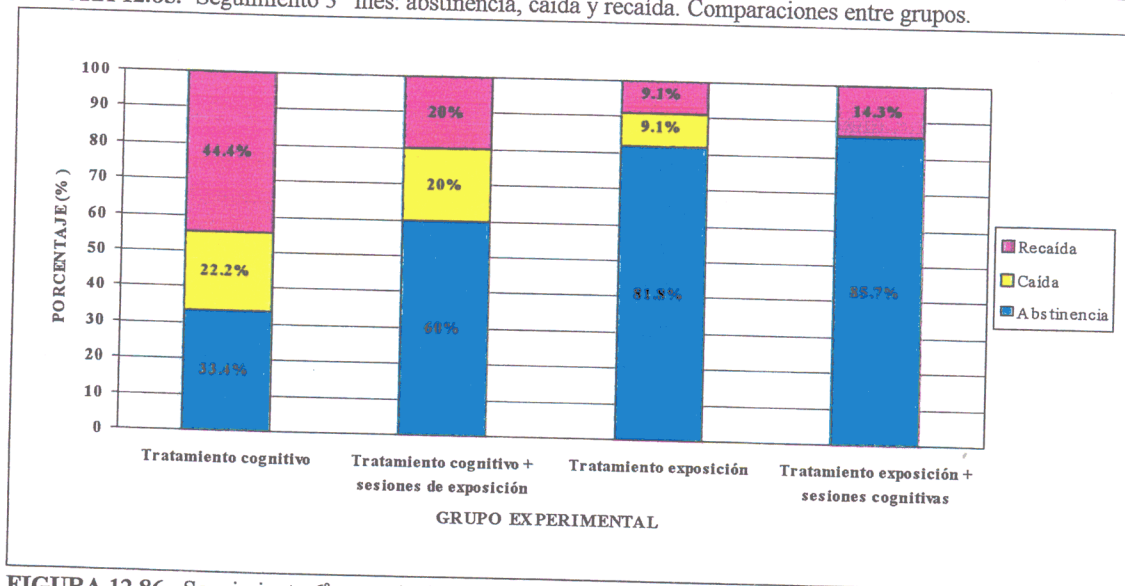


FIGURA 12.86. Seguimiento 6^o mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos.

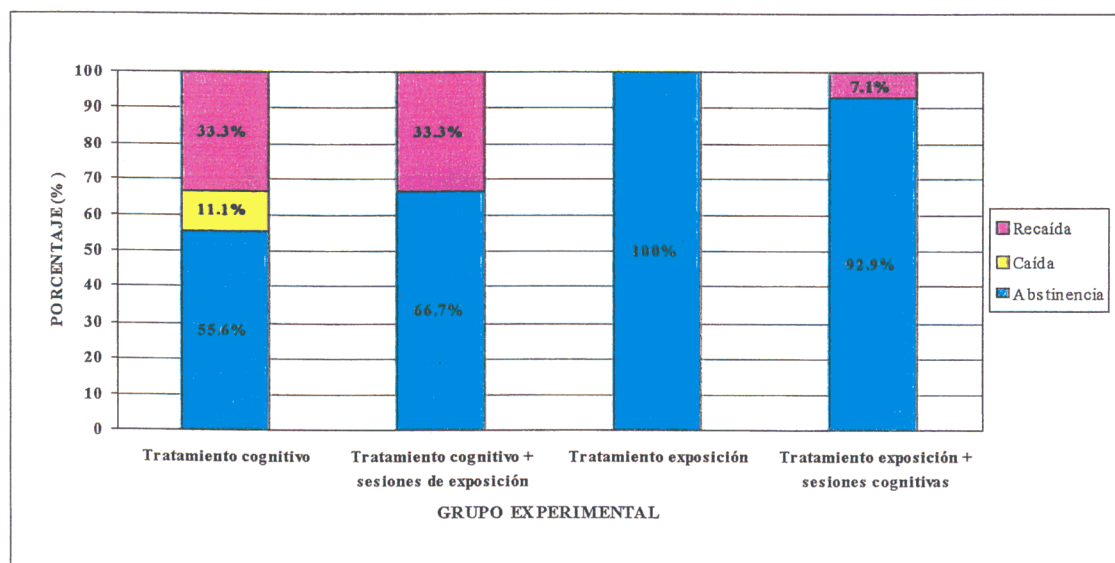


FIGURA 12.87. Seguimiento 9° mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos.

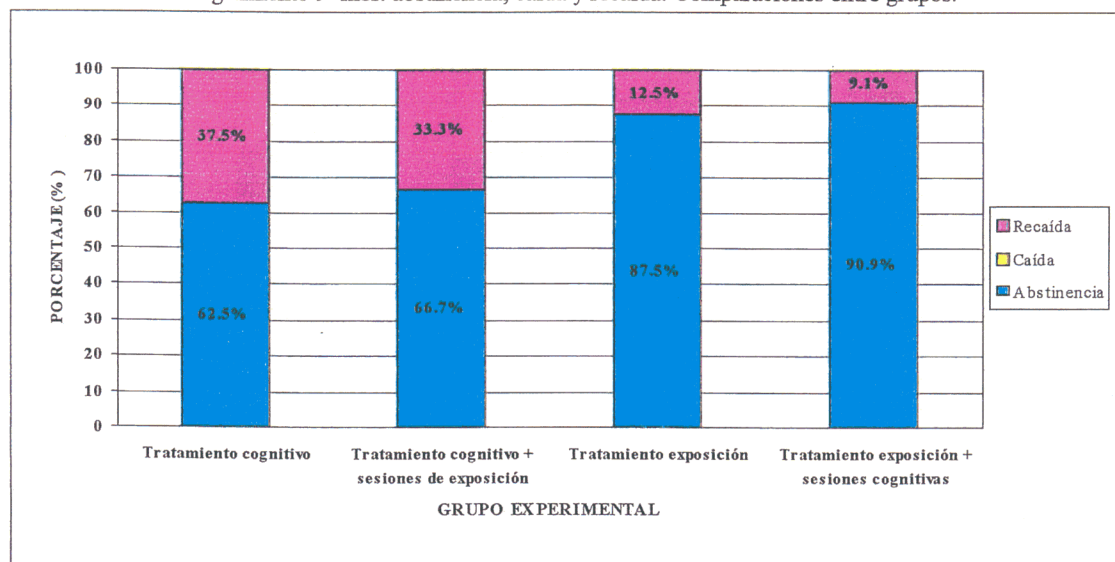


FIGURA 12.88. Seguimiento 12° mes: abstinencia, caída y recaída. Comparaciones entre grupos.

El análisis intrasujeto, que puede observarse en la figura 12.89., refleja una evolución a lo largo del seguimiento en la que la abstinencia predomina, en todo momento, sobre las caídas y recaídas. Dicho estado de abstinencia, con un porcentaje próximo al 80%, se ve amenazado fundamentalmente a los tres (70.8%) y seis (68.2%) meses de haber concluido el tratamiento; períodos en los que hay un aumento de las caídas. Pero entendiendo las caídas como parte de la abstinencia, tal estado se ve afectado principalmente en el sexto mes (79.6%) y al año (78.8%) de seguimiento, manteniéndose un porcentaje de abstinencia próximo al 85% en los restantes períodos de seguimiento. Las recaídas, por su parte, experimentan una tendencia ascendente, el 13.5% que aparece al primer mes de seguimiento se convierte en 21.2% a los doce meses de haber concluido el tratamiento.

A pesar de estas oscilaciones, la prueba de McNemar, al nivel de significación $p < 0.05$, no arroja diferencias estadísticamente significativas entre los distintos períodos de seguimiento con respecto a la existencia de recaídas versus un estado de abstinencia (que incluiría también las caídas).

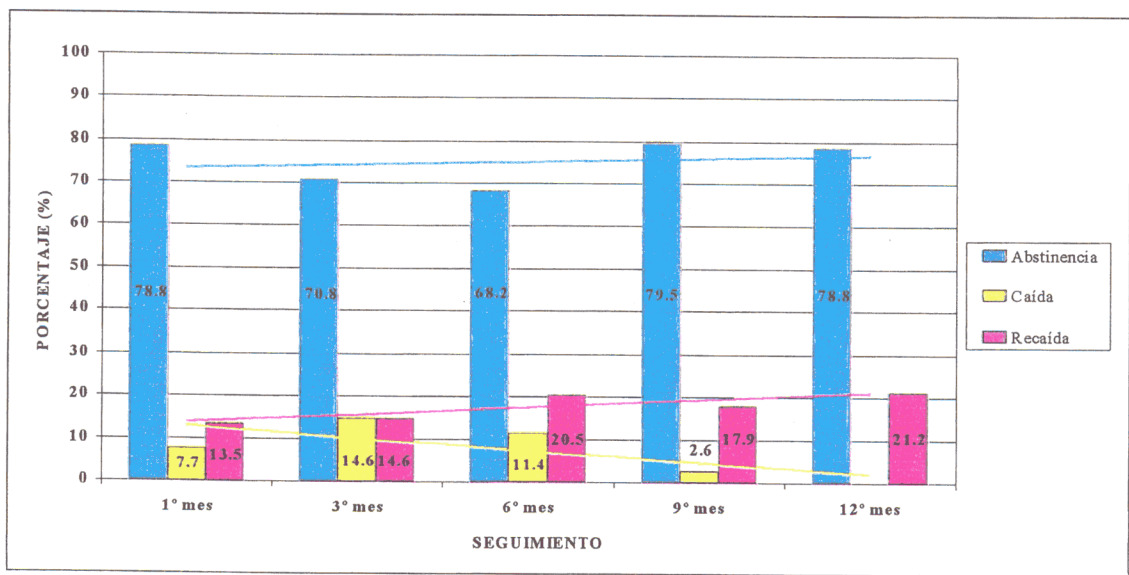


FIGURA 12.89. Seguimiento intrasujeto: abstinencia, caída y recaída.

Adherencia al tratamiento

En la Tabla 12.15. quedan recogidos los porcentajes de abandono en los grupos experimentales; de estos datos se extrae que el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición y el de exposición son las dos intervenciones que sufren un mayor porcentaje de abandono (65%), mientras que, por el contrario, el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas se erige en el menos abandonado (35%). En estas cifras están incluidas las expulsiones a lo largo del tratamiento o seguimiento; pero si se excluyen, esto es, las expulsiones no se consideran como abandonos; los porcentajes más altos de abandono los seguirían manteniendo el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición y el de exposición (50%), mientras que el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas y, en este caso también, el tratamiento cognitivo serían las intervenciones que experimentan un menor número de abandonos (25%). Sin embargo, tales diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2_3=4,848$; n.s.).

TABLA 12.15. Porcentaje de abandono en los grupos experimentales

GRUPO EXPERIMENTAL	ABANDONO			
	NO		SÍ	
	N	%	N	%
Tratamiento cognitivo	9	45	11 ^a	55
Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición	7	35	13 ^b	65
Tratamiento exposición	7	35	13 ^c	65
Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	13	65	7 ^d	35

^a 6 expulsiones (3 en el tratamiento; 3 en el seguimiento)

^b 3 expulsiones (3 en el seguimiento)

^c 3 expulsiones (3 en el seguimiento)

^d 2 expulsiones (2 en el seguimiento)

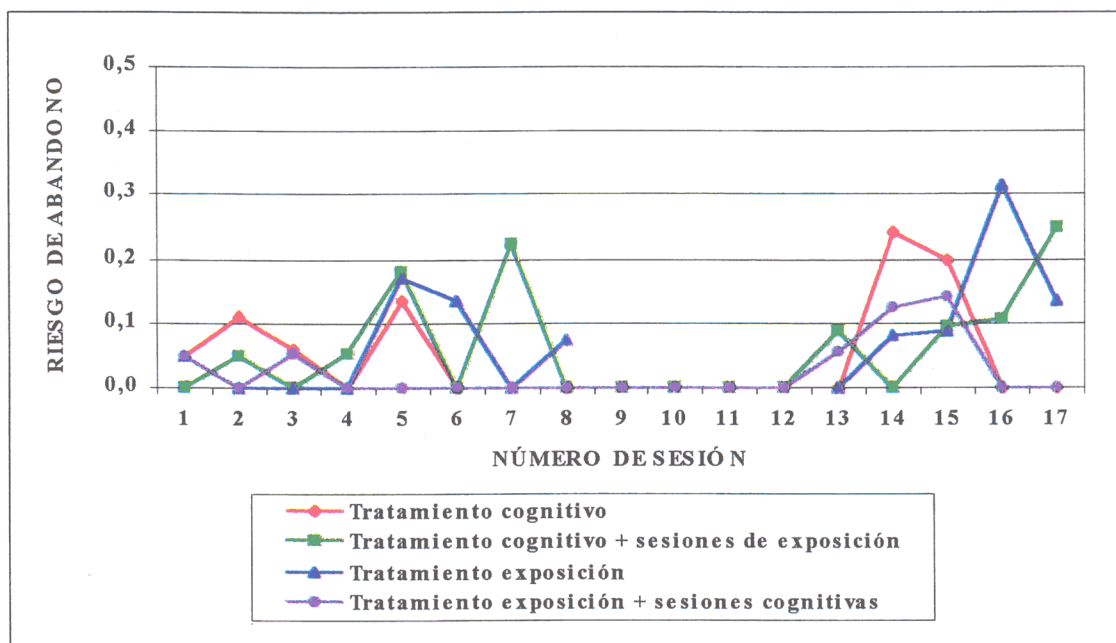


FIGURA 12.90. Riesgo de abandono a lo largo del tratamiento y seguimiento: comparaciones entre grupos.

El análisis de supervivencia, que se muestra en la Figura 12.90., pone de manifiesto aquellos momentos a lo largo del tratamiento (sesiones 1-12) y seguimiento (sesiones 13-17) en los que existe riesgo de abandono (valor máximo de la función de azar). Como puede observarse, tanto los períodos en los que se constata riesgo de abandono como la probabilidad de éste no coinciden en los distintos grupos experimentales. El tratamiento de exposición con sesiones cognitivas destaca por ser, no sólo el que tiene un menor número de abandonos, sino también el que experimenta un menor número de sesiones donde éstos se producen, en concreto durante el tratamiento sólo hay dos momentos con riesgo de abandono, la primera y tercera sesión, y a lo largo del seguimiento durante los seis primeros meses, en los que el riesgo va en aumento. Con respecto a las restantes intervenciones, cabe destacar la quinta sesión como un momento de máximo riesgo a lo largo del tratamiento en el que coinciden dichas intervenciones; asimismo el período de seguimiento agrupa las tasas de riesgo más elevadas, pero que siguen trayectorias diferentes en los distintos grupos experimentales. Mientras que en el tratamiento cognitivo el máximo riesgo de abandono se produce al tercer mes de seguimiento, en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas aparece al sexto mes, el noveno mes será el momento de máximo riesgo de abandono en el tratamiento de exposición y, por último, el año de seguimiento lo será para el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición. En cualquier caso, la distribución de los abandonos a lo largo de las sesiones no resulta estadísticamente significativa entre los grupos (Wilcoxon = 3,636; n.s.).

La otra variable que describe la adherencia al tratamiento hace referencia al comportamiento del sujeto en la clínica, refiriéndose específicamente a la conducta de asistencia del sujeto a consulta. En la Figura 12.91. se puede observar el porcentaje de sujetos cuya asistencia a consulta es adecuada frente a aquellos que acuden tarde o, incluso, llegan a faltar sin ninguna justificación. De nuevo, es el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas el que muestra, en este caso, un mayor porcentaje de sujetos con un comportamiento de asistencia a consulta adecuado (70%); en segundo lugar aparece el tratamiento cognitivo (65%) y finalmente, los que muestran menores porcentajes de un comportamiento adecuado son

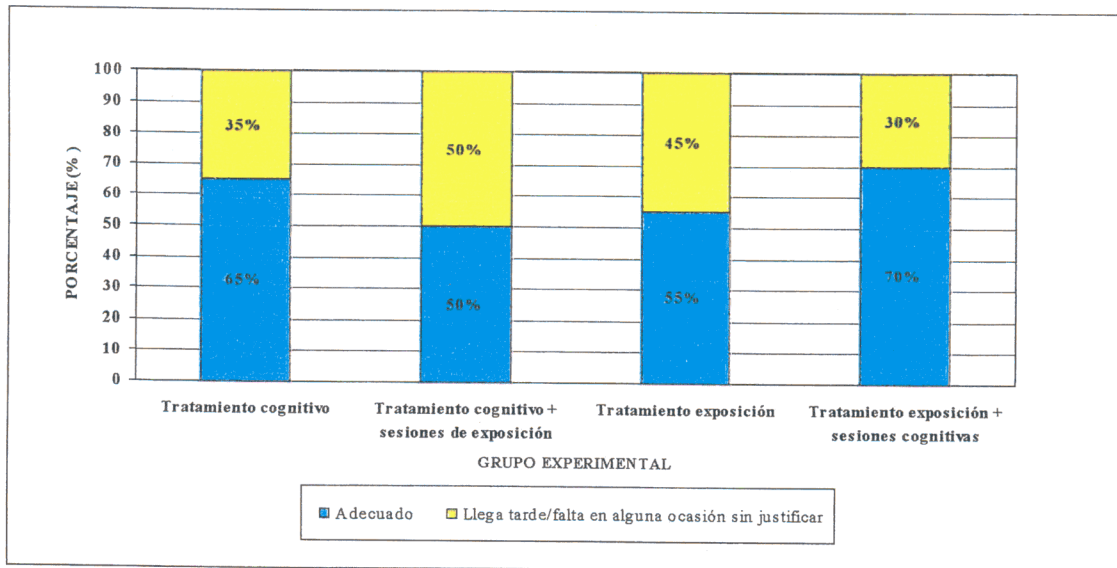


FIGURA 12.91. Comportamiento en consulta: comparaciones entre grupos.

el tratamiento de exposición y el cognitivo con sesiones de exposición, con un 55% y 50% respectivamente. Sin embargo, estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ($\chi^2_3=2,083$; n.s.).

Cuando el análisis se hace sobre la muestra completa de varones (ver Figura 12.92.), algo más de la mitad de la muestra presenta un comportamiento adecuado en consulta (60%) frente a un 40% que llega tarde o falta sin justificación en alguna ocasión.

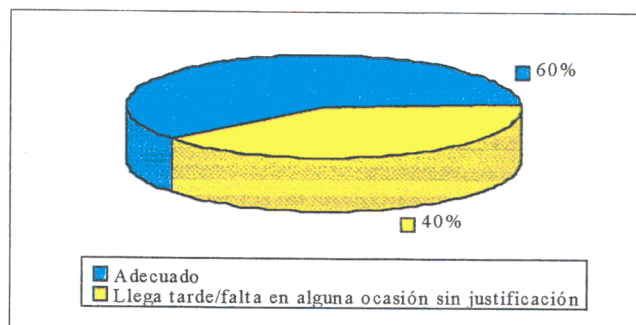


FIGURA 12.92. Comportamiento en consulta.

Conducta de juego

A continuación se describe la evolución de la conducta de juego en las máquinas recreativas con premio en sus tres parámetros: frecuencia, intensidad y duración. Conviene resaltar, por un lado, que es el análisis del éxito/fracaso del tratamiento el que aporta datos relevantes sobre la eficacia de la intervención; asimismo, ya se ha puesto de manifiesto como los tres parámetros de la conducta de juego experimentan una gran variabilidad que dificulta su interpretación clínica. Por todo ello, con esta variable no se pretende analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales, sino tan sólo realizar un estudio descriptivo que dé información sobre la ocurrencia de la conducta de juego y la consiguiente inversión en tiempo y dinero a lo largo del programa de intervención en los distintos tratamientos; limitando el estudio de diferencias estadísticamente significativas al análisis intrasujeto.

Frecuencia

En primer lugar se va a analizar la frecuencia de la conducta de juego medida con el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego, estableciendo, por tanto, un promedio de número de veces que se juega a la semana. Como se extrae de la Tabla 12.16., el postratamiento es el único momento del programa en el que no juega ningún sujeto. Los sucesivos seguimientos, por su parte, tienen una evolución diferente en función del grupo experimental; entre los que destacan los tratamientos de exposición, con y sin sesiones cognitivas, como aquellos en los que prácticamente no se vuelve a establecer un patrón de juego regular, excepto algún sujeto en el primer mes de seguimiento, en el tratamiento de exposición; o al noveno, en el caso del tratamiento de exposición con sesiones cognitivas.

Si se analiza la frecuencia de la conducta de juego a lo largo de las sesiones, contabilizando el número total de episodios de juego a través del autorregistro, de nuevo es el postratamiento el único momento en el que no juega ningún sujeto. Pero, desglosados los resultados en función del tratamiento aparecen claras diferencias; mientras que en los tratamientos cognitivos, con y sin sesiones de exposición, no se experimentan episodios de juego en las últimas sesiones de tratamiento; en los tratamientos de exposición, con y sin sesiones cognitivas, los episodios de juego aparecen en un mayor número de sesiones y la ausencia de tales episodios no siempre coinciden con las últimas sesiones del tratamiento (ver Tablas 12.19. y 12.21.).

Intensidad

Con respecto a la inversión de dinero medida con el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego, destacar solamente que cuando se vuelven a establecer patrones regulares de juego, por término medio, éstos conllevan un gasto de dinero semanal menor que en el período pretratamiento; correspondiendo los gastos medios semanales más elevados al tratamiento cognitivo (ver Tabla 12.17.).

El análisis del gasto total a lo largo de las sesiones, medido con el autorregistro, se recoge en la Tabla 12.20., en ella se puede observar que junto al período pre, la quinta sesión de tratamiento y el tercer, sexto y duodécimo mes de seguimiento son los períodos de mayor gasto. Una inversión que, por término medio, es mayor en los tratamientos cognitivos, con y sin sesiones de exposición; como puede observarse en la Tabla 12.22.

Duración

Con respecto al tiempo invertido en jugar a las máquinas recreativas, medido con el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego, destacar, como era de esperar por el gasto de dinero, que los patrones regulares de juego establecidos a partir del postratamiento conllevan un promedio de tiempo menor que en el período pretratamiento; y que, en ninguna intervención, por término medio, se supera la hora semanal de juego en las máquinas recreativas con premio (ver Tabla 12.18.).

El análisis intrasujeto, realizado a partir de los datos extraídos del Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego, arroja diferencias estadísticamente significativas entre el período pre y postratamiento en los tres parámetros de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio ($t_{55} = 10,838$; $t_{55} = 8,109$; $t_{55} = 10,414$; $p < 0.0001$).

TABLA 12.16. Frecuencia de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)

FRECUENCIA (n° veces/semana)		PRE	POST	1° MES	3° MES	6° MES	9° MES	12° MES
Media		8.59	0.00	0.10	0.13	0.06	0.42	0.07
Desviación Típica		8.21	0.00	0.51	0.61	0.46	1.36	0.38
Rango	Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
	Máximo	50	0	3	3	3	7	2

TRATAMIENTO COGNITIVO

FRECUENCIA (n° veces/semana)		PRE	POST	1° MES	3° MES	6° MES	9° MES	12° MES
Media		10.75	0.00	0.14	0.30	0.33	0.67	0.25
Desviación Típica		10.11	0.00	0.53	0.95	1.00	1.32	0.71
Rango	Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
	Máximo	50	0	2	3	3	3	2

TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES DE EXPOSICIÓN

FRECUENCIA (n° veces/semana)		PRE	POST	1° MES	3° MES	6° MES	9° MES	12° MES
Media		4.90	0.00	0.00	0.27	0.00	0.25	0.00
Desviación Típica		3.86	0.00	0.00	0.90	0.00	0.71	0.00
Rango	Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
	Máximo	18	0	0	3	0	2	0

TRATAMIENTO EXPOSICIÓN

FRECUENCIA (n° veces/semana)		PRE	POST	1° MES	3° MES	6° MES	9° MES	12° MES
Media		11.35	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00
Desviación Típica		10.69	0.00	0.87	0.00	0.00	0.00	0.00
Rango	Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
	Máximo	45	0	3	0	0	0	0

TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS

FRECUENCIA (n° veces/semana)		PRE	POST	1° MES	3° MES	6° MES	9° MES	12° MES
Media		7.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.00
Desviación Típica		4.50	0.00	0.00	0.00	0.00	1.87	0.00
Rango	Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
	Máximo	15	0	0	0	0	7	0

NOTA: En los periodos de seguimiento los episodios aislados de juego, bien constituyan una caída o una recaída, no se contabilizan por la dificultad que conlleva establecer con estos datos un promedio semanal en periodos temporales que oscilan entre 1-3 meses.

TABLA 12.17. Gasto de dinero en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)

GASTO DE DINERO (ptas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		27.993	0	66	875	930	530	74
Desviación Típica		26.668	0	425	5.774	6.099	2.147	384
Rango	Mínimo	1.000	0	0	0	0	0	0
	Máximo	100.000	0	3.000	40.000	40.000	12.000	2.000

TRATAMIENTO COGNITIVO

GASTO DE DINERO (ptas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		38.900	0	21	4.000	4.444	1.500	250
Desviación Típica		33.612	0	80	12.649	13.333	3.968	707
Rango	Mínimo	6.000	0	0	0	0	0	0
	Máximo	100.000	0	300	40.000	40.000	12.000	2.000

TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES DE EXPOSICIÓN

GASTO DE DINERO (ptas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		24.550	0	0	181	0	75	0
Desviación Típica		21.902	0	0	603	0	212	0
Rango	Mínimo	2.000	0	0	0	0	0	0
	Máximo	90.000	0	0	2.000	0	600	0

TRATAMIENTO EXPOSICIÓN

GASTO DE DINERO (ptas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		26.325	0	250	0	0	0	0
Desviación Típica		28.227	0	866	0	0	0	0
Rango	Mínimo	1.000	0	0	0	0	0	0
	Máximo	100.000	0	3.000	0	0	0	0

TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS

GASTO DE DINERO (ptas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		22.200	0	0	0	0	357	0
Desviación Típica		19.362	0	0	0	0	1.336	0
Rango	Mínimo	2.000	0	0	0	0	0	0
	Máximo	80.000	0	0	0	0	5.000	0

NOTA: En los periodos de seguimiento los episodios aislados de juego, bien constituyan una caída o una recaída, no se contabilizan por la dificultad que conlleva establecer con estos datos un promedio semanal en periodos temporales que oscilan entre 1-3 meses.

TABLA 12.18. Tiempo invertido en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)

TIEMPO INVERTIDO (horas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		11.45	0.00	0.06	0.17	0.14	0.51	0.03
Desviación Típica		8.87	0.00	0.43	0.91	0.91	1.96	0.19
Rango	Mínimo	0.4	0	0	0	0	0	0
	Máximo	42	0	3	6	6	10	1

TRATAMIENTO COGNITIVO

TIEMPO INVERTIDO (horas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		16.10	0.00	0.00	0.60	0.67	0.89	0.13
Desviación Típica		10.22	0.00	0.00	1.90	2.00	2.03	0.35
Rango	Mínimo	4.0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	36.0	0	0	6	6	6	1

TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES DE EXPOSICIÓN

TIEMPO INVERTIDO (horas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		7.91	0.00	0.00	0.18	0.00	0.00	0.00
Desviación Típica		7.15	0.00	0.00	0.60	0.00	0.00	0.00
Rango	Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
	Máximo	25	0	0	2	0	0	0

TRATAMIENTO EXPOSICIÓN

TIEMPO INVERTIDO (horas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		12.25	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00
Desviación Típica		9.57	0.00	0.87	0.00	0.00	0.00	0.00
Rango	Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
	Máximo	42	0	3	0	0	0	0

TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS

TIEMPO INVERTIDO (horas/semana)		PRE	POST	1º MES	3º MES	6º MES	9º MES	12º MES
Media		9.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.71	0.00
Desviación Típica		6.26	0.00	0.00	0.00	0.00	2.67	0.00
Rango	Mínimo	0.4	0	0	0	0	0	0
	Máximo	20.0	0	0	0	0	10	0

NOTA: En los períodos de seguimiento los episodios aislados de juego, bien constituyan una caída o una recaída, no se contabilizan por la dificultad que conlleva establecer con estos datos un promedio semanal en períodos temporales que oscilan entre 1-3 meses.

TABLA 12.19. Frecuencia: número de veces que se juega a las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)

Momento de la intervención	Media \bar{x}	Desviación típica S_x	Rango	
			Mínimo	Máximo
PERÍODO PRE	1.76	3.78	0	26
SESIÓN 1	0.47	0.97	0	4
SESIÓN 2	0.68	2.11	0	16
SESIÓN 3	0.33	0.86	0	5
SESIÓN 4	0.23	0.58	0	3
SESIÓN 5	0.43	1.11	0	6
SESIÓN 6	0.23	0.62	0	3
SESIÓN 7	0.11	0.31	0	1
SESIÓN 8	0.02	0.13	0	1
SESIÓN 9	0.10	0.55	0	3
SESIÓN 10	0.20	0.42	0	3
SESIÓN 11	0.03	0.18	0	1
SESIÓN 12	0.00	0.00	0	0
SEGUIMIENTO 1º MES	0.26	0.75	0	4
SEGUIMIENTO 3º MES	0.55	1.62	0	10
SEGUIMIENTO 6º MES	0.68	1.65	0	8
SEGUIMIENTO 9º MES	0.49	1.80	0	10
SEGUIMIENTO 12º MES	0.47	1.27	0	6

TABLA 12.20. Gasto de dinero: dinero que se juega en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango)

Momento de la intervención	Media \bar{x}	Desviación típica S_x	Rango	
			Mínimo	Máximo
PERÍODO PRE	5.814	15.384	0	114.150
SESIÓN 1	1.029	3.818	0	31.000
SESIÓN 2	2.253	7.914	0	45.000
SESIÓN 3	1.305	5.386	0	40.000
SESIÓN 4	1.041	3.290	0	15.000
SESIÓN 5	5.756	25.455	0	170.000
SESIÓN 6	2.454	12.081	0	90.000
SESIÓN 7	272	1.337	0	9.000
SESIÓN 8	1	13	0	100
SESIÓN 9	221	1.214	0	6.650
SESIÓN 10	2.900	15.883	0	87.000
SESIÓN 11	200	1.095	0	6.000
SESIÓN 12	0	0	0	0
SEGUIMIENTO 1º MES	2.427	10.248	0	70.000
SEGUIMIENTO 3º MES	7.532	23.413	0	120.000
SEGUIMIENTO 6º MES	6.666	31.012	0	200.000
SEGUIMIENTO 9º MES	3.354	10.299	0	50.000
SEGUIMIENTO 12º MES	4.862	15.223	0	80.000

NOTA: En los periodos de seguimiento las recaídas que implican recuperar un patrón de juego regular no se contabilizan por la dificultad que conlleva establecer un dato fiable que represente a periodos temporales que oscilan entre 1-3 meses.

TABLA 12.21. Frecuencia: número de veces que se juega a las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango).
Comparaciones entre grupos

Momento de la intervención	Media \bar{x}				Desviación típica S_x				Rango							
									Mínimo				Máximo			
	a_1	a_2	a_3	a_4	a_1	a_2	a_3	a_4	a_1	a_2	a_3	a_4	a_1	a_2	a_3	a_4
PERÍODO PRE	1.89	0.89	1.40	2.89	2.97	1.45	2.21	6.46	0	0	0	0	12	5	8	26
SESIÓN 1	0.41	0.63	0.32	0.53	1.00	1.12	0.67	1.07	0	0	0	0	4	4	2	3
SESIÓN 2	1.67	0.47	0.26	0.50	4.17	1.02	0.65	1.15	0	0	0	0	16	3	2	4
SESIÓN 3	0.80	0.39	0.00	0.22	1.47	0.61	0.00	0.73	0	0	0	0	5	2	0	3
SESIÓN 4	0.33	0.25	0.19	0.17	0.49	0.58	0.75	0.51	0	0	0	0	1	2	3	2
SESIÓN 5	0.57	1.00	0.00	0.18	1.09	1.69	0.00	0.73	0	0	0	0	4	6	0	3
SESIÓN 6	0.00	0.64	0.21	0.11	0.00	1.01	0.58	0.32	0	0	0	0	0	3	2	1
SESIÓN 7	0.00	0.17	0.23	0.05	0.00	0.39	0.44	0.24	0	0	0	0	0	1	1	1
SESIÓN 8	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00	0.00	0.00	0.24	0	0	0	0	0	0	0	1
SESIÓN 9		0.00		0.17		0.00		0.71		0		0		0		3
SESIÓN 10		0.00		0.32		0.00		0.57		0		0		0		3
SESIÓN 11		0.00		0.05		0.00		0.24		0		0		0		1
SESIÓN 12		0.00		0.00		0.00		0.00		0		0		0		0
SEGUIMIENTO 1º MES	0.38	0.18	0.36	0.13	1.12	0.40	0.92	0.35	0	0	0	0	4	1	3	1
SEGUIMIENTO 3º MES	0.29	1.20	0.58	0.20	0.49	3.16	1.08	0.41	0	0	0	0	1	10	3	1
SEGUIMIENTO 6º MES	1.57	1.20	0.36	0.07	2.23	2.49	0.92	0.28	0	0	0	0	6	8	3	1
SEGUIMIENTO 9º MES	1.57	0.75	0.00	0.00	3.74	1.39	0.00	0.00	0	0	0	0	10	4	0	0
SEGUIMIENTO 12º MES	1.00	1.00	0.13	0.09	2.24	1.55	0.35	0.30	0	0	0	0	6	3	1	1

a_1 : Tratamiento cognitivo a_2 : Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición a_3 : Tratamiento exposición a_4 : Tratamiento exposición + sesiones cognitivas

NOTA: En los periodos de seguimiento las recaídas que implican recuperar un patrón de juego regular no se contabilizan por la dificultad que conlleva establecer un dato fiable que represente a periodos temporales que oscilan entre 1-3 meses.

TABLA 12.22. Gasto de dinero: dinero que se juega en las máquinas recreativas con premio (media, desviación típica y rango). Comparaciones entre grupos

Momento de la intervención	Media \bar{x}				Desviación típica S_x				Rango							
									Mínimo				Máximo			
	a_1	a_2	a_3	a_4	a_1	a_2	a_3	a_4	a_1	a_2	a_3	a_4	a_1	a_2	a_3	a_4
PERÍODO PRE	5.287	4.630	4.220	9.177	10.491	8.367	9.722	26.380	0	0	0	0	43.400	29.000	42.100	114.150
SESIÓN 1	688	2.483	478	506	1.725	7.285	976	1.333	0	0	0	0	6.700	31.000	2.600	4.500
SESIÓN 2	4.561	1.621	2.671	458	10.976	5.522	10.314	1.260	0	0	0	0	40.000	24.000	45.000	5.000
SESIÓN 3	2.460	2.933	0	91	5.137	9.405	0	353	0	0	0	0	16.800	40.000	0	1.500
SESIÓN 4	1.750	1.084	937	544	4.413	2.796	3.750	2.285	0	0	0	0	14.000	10.350	15.000	9.700
SESIÓN 5	2.755	20.431	0	19	6.156	48.812	0	78	0	0	0	0	22.700	170.000	0	325
SESIÓN 6	0	9.646	635	184	0	24.182	2.010	706	0	0	0	0	0	90.000	7.500	3.000
SESIÓN 7	0	833	391	30	0	2.587	1.295	129	0	0	0	0	0	9.000	4.500	550
SESIÓN 8	7	0	0	0	26.73	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0
SESIÓN 9		0		369		0		1567		0		0		0		6.650
SESIÓN 10		0		4.833		0		20.506		0		0		0		87.000
SESIÓN 11		0		333		0		1.414		0		0		0		6.000
SESIÓN 12		0		0		0		0		0		0		0		0
SEGUIMIENTO 1º MES	5.500	1.363	981	1.400	18.616	3.233	2.940	5.151	0	0	0	0	70.000	10.000	9.800	20.000
SEGUIMIENTO 3º MES	25.038	8.181	1.895	1.061	48.454	15.005	4.279	3.859	0	0	0	0	120.000	42.000	12.000	15.000
SEGUIMIENTO 6º MES	26.387	4.120	245	1.923	70.234	6.657	618	6.933	0	0	0	0	200.000	15.600	2.000	25.000
SEGUIMIENTO 9º MES	8.571	7.175	0	0	18.644	11.885	0	0	0	0	0	0	50.000	27.400	0	0
SEGUIMIENTO 12º MES	6.857	3.766	10.000	454	12.212	6.437	28.284	1.507	0	0	0	0	30.000	15.600	80.000	5.000

a_1 : Tratamiento cognitivo

a_2 : Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición

a_3 : Tratamiento exposición

a_4 : Tratamiento exposición + sesiones cognitivas

NOTA: En los periodos de seguimiento las recaídas que implican recuperar un patrón de juego regular no se contabilizan por la dificultad que conlleva establecer un dato fiable que represente a periodos temporales que oscilan entre 1-3 meses.

De estas cifras parece necesario destacar que, aún cuando a pesar de la intervención se vuelve a establecer un patrón de juego regular, los parámetros de la conducta de juego son, por término medio, notoriamente inferiores a los obtenidos durante la línea-base en cualquiera de los grupos experimentales.

Una vez descrita la conducta de juego en las máquinas recreativas con premio, parece necesario establecer el riesgo de jugar a lo largo del programa de intervención en los distintos grupos experimentales. El análisis de supervivencia, que se muestra en la Figura 12.93., indica que en el período de tratamiento existe mayor riesgo de jugar durante las cinco primeras sesiones, con independencia del tipo de intervención, aunque son los tratamientos cognitivos, con y sin sesiones de exposición, los que experimentan unas tasas de riesgo más elevadas. El tratamiento de exposición parece ser la excepción, ya que se sufre mayor riesgo de jugar, además de en la primera sesión, en la sexta y séptima sesiones, cuando en los demás tratamientos ha desaparecido el riesgo.

A lo largo del seguimiento, es en el tratamiento cognitivo en el que se sufre mayor riesgo de jugar, sobre todo a los seis y nueve meses de haber concluido el período de intervención. También el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición tiene unas tasas de riesgo elevadas, pero que se concentran en el sexto mes y al año de seguimiento. Resulta destacable indicar que en estos dos tratamientos la tasa de riesgo incrementa de tal manera a los nueve y doce meses de seguimiento, respectivamente, que no existe ningún sujeto a partir de tales períodos temporales que no haya jugado en alguna ocasión, bien sea en el tratamiento o en el seguimiento. Con un riesgo menor de jugar se sitúan los tratamientos de exposición; en concreto, en aquel que no dispone de sesiones cognitivas se sufre mayor riesgo de jugar, en primer lugar, al tercer mes, seguido por el año de seguimiento y, finalmente, en el primer mes de seguimiento. El tratamiento de exposición con sesiones cognitivas se configura como la intervención en la que hay menor riesgo de jugar a lo largo del seguimiento, de hecho éste sólo existe en el tercer mes y, prácticamente, con la tasa más baja.

Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en el riesgo de jugar a lo largo del programa de intervención (Wilcoxon = 4,222; n.s.).

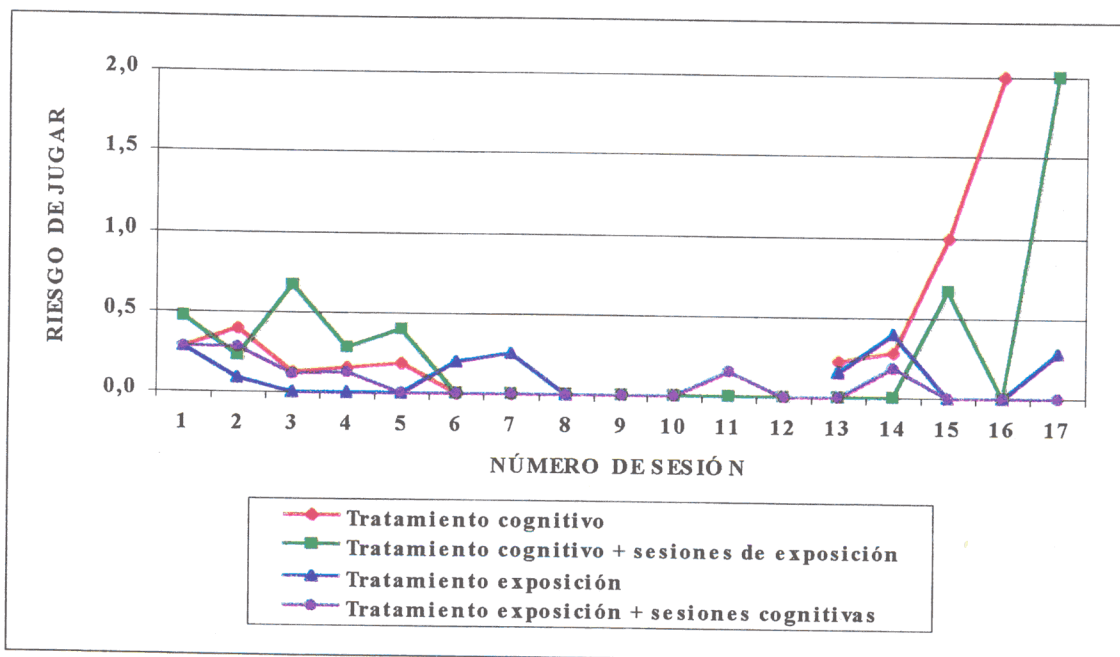


FIGURA 12.93. Riesgo de jugar a lo largo del tratamiento y seguimiento: comparaciones entre grupos.

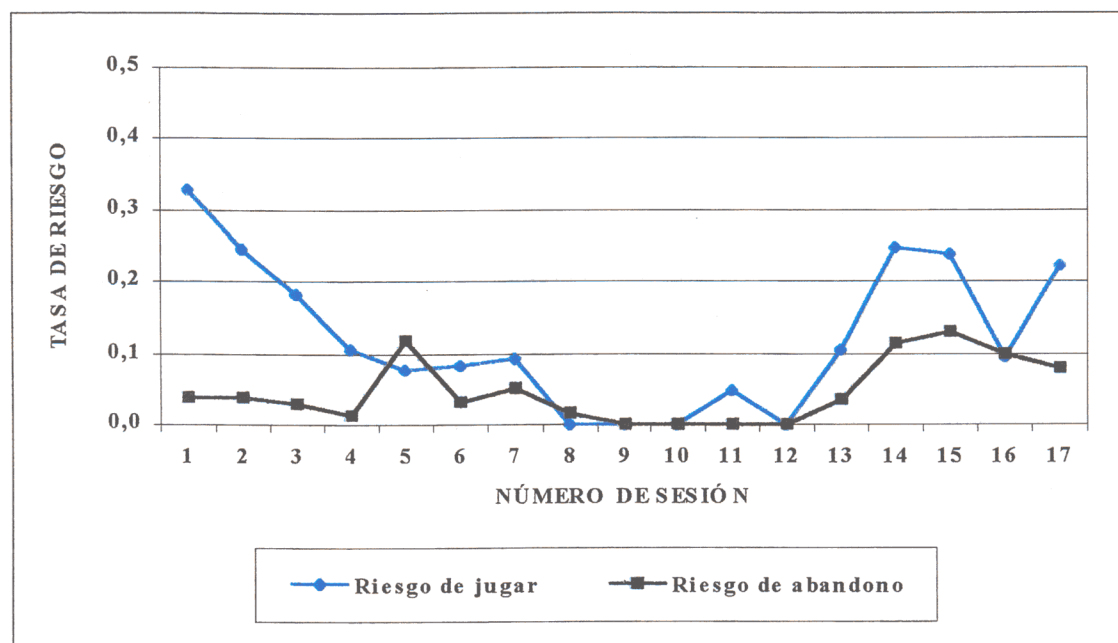


FIGURA 12.94. Riesgo de jugar y de abandono a lo largo del tratamiento y seguimiento.

Por último, en la Figura 12.94. puede observarse el riesgo de jugar y de abandono intragrupo a lo largo de las sesiones. Sobresalen dos datos, el primero de ellos se sitúa en la quinta sesión de tratamiento, en la que se observa como un claro descenso del riesgo de jugar coincide con un momento álgido en cuanto al riesgo de abandono. El segundo dato de interés se concentra en todo el período de seguimiento, en el que hay un aumento gradual tanto del riesgo de jugar como de abandono, una curva ascendente que se mantiene hasta el sexto mes de seguimiento; ya que en el noveno mes desciende bruscamente el riesgo de jugar y más suavemente el de abandono; para cumplir finalmente el año de seguimiento con un nuevo incremento del riesgo de jugar, a pesar de la disminución que continúa experimentando el riesgo de abandono.

Activación psicofisiológica

Para tratar esta variable se realizan comparaciones de medias (prueba *t*) y un análisis de la varianza (ANOVA) en un diseño mixto con un factor intergrupo (cuatro niveles) y un factor intrasujeto (seis niveles).

Registro psicofisiológico

El estudio de la respuesta electrodérmica (SCL) y la tasa cardíaca (HR) refleja, en primer lugar, que existen diferencias estadísticamente significativas entre la línea-base y el período de juego en todas las sesiones de evaluación psicofisiológica, tanto pre como postratamiento. Diferencia que, como puede observarse en las Tablas 12.23. y 12.24., se traduce en un incremento de ambas medidas psicofisiológicas en el período de juego con respecto a la línea-base.

TABLA 12.23. Prueba t: Respuesta electrodérmica (SCL). Comparación línea-base/periodo de juego

VARIABLES	LÍNEA-BASE		PERÍODO DE JUEGO		t_{df}
	\bar{x}	S_x	\bar{x}	S_x	
Evaluación psicofisiológica 1 pre	6.95	4.21	11.90	5.54	$t_{79} = 14,902^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	5.89	3.37	9.98	4.82	$t_{79} = 12,838^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	5.84	3.99	10.32	5.33	$t_{79} = 11,918^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	5.73	4.94	10.20	5.83	$t_{55} = 12,883^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	5.94	3.29	9.67	4.92	$t_{55} = 8,570^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	5.04	3.69	9.60	6.76	$t_{55} = 8,257^{**}$
TRATAMIENTO COGNITIVO					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	6.31	3.89	12.39	6.37	$t_{19} = 7,250^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	5.29	3.23	9.21	3.91	$t_{19} = 6,819^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	5.54	3.25	9.80	4.75	$t_{19} = 6,876^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	5.01	3.11	9.75	3.94	$t_{13} = 6,328^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	5.37	3.18	8.87	4.16	$t_{13} = 6,125^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	5.31	4.04	10.14	5.91	$t_{13} = 5,406^{**}$
TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES EXPOSICIÓN					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	7.76	4.77	11.89	5.76	$t_{19} = 8,008^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	6.39	4.13	10.64	6.13	$t_{19} = 5,353^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	6.61	5.53	11.60	7.51	$t_{19} = 4,263^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	5.27	3.80	8.83	4.76	$t_{11} = 5,167^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	5.28	2.82	8.77	4.47	$t_{11} = 5,075^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	3.77	1.88	8.22	3.76	$t_{11} = 6,702^{**}$
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	5.73	3.90	10.66	5.25	$t_{19} = 8,374^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	5.84	3.02	9.85	5.32	$t_{19} = 5,591^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	4.87	3.44	8.68	4.65	$t_{19} = 7,128^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	6.73	8.62	11.28	9.78	$t_{12} = 7,137^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	5.90	2.90	10.79	7.30	$t_{12} = 3,364^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	4.81	4.42	10.17	11.48	$t_{12} = 2,652^*$
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	8.01	4.10	12.65	4.88	$t_{19} = 7,276^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	6.06	3.14	10.21	3.80	$t_{19} = 9,195^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	6.36	3.34	11.20	3.48	$t_{19} = 9,578^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	5.88	3.00	10.70	3.74	$t_{16} = 6,998^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	6.90	3.95	10.09	3.62	$t_{16} = 5,101^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	5.88	3.77	9.70	4.24	$t_{16} = 6,923^{**}$

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$

TABLA 12.24. Prueba *t*: Tasa cardíaca (HR). Comparación línea-base/periodo de juego

VARIABLES	LÍNEA-BASE		PERÍODO DE JUEGO		t_p
	\bar{x}	S_x	\bar{x}	S_x	
Evaluación psicofisiológica 1 pre	71.32	9.53	79.26	8.53	$t_{79} = 15,459^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	70.22	9.61	77.29	8.56	$t_{79} = 12,859^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	73.87	9.83	81.18	8.89	$t_{79} = 11,028^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	75.62	10.99	82.36	9.96	$t_{55} = 10,542^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	73.22	10.96	79.21	9.97	$t_{55} = 8,525^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	75.99	13.17	82.41	11.50	$t_{55} = 9,727^{**}$
TRATAMIENTO COGNITIVO					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	73.85	11.48	80.26	8.89	$t_{19} = 6,758^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	72.61	11.58	78.33	9.63	$t_{19} = 5,045^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	77.10	10.84	83.86	7.89	$t_{19} = 4,139^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	78.52	11.58	84.81	9.50	$t_{13} = 5,234^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	75.50	12.26	81.50	9.11	$t_{13} = 4,123^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	78.18	14.07	84.53	11.63	$t_{13} = 5,130^{**}$
TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES EXPOSICIÓN					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	73.00	9.58	82.20	9.24	$t_{19} = 8,085^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	72.44	8.64	79.82	8.43	$t_{19} = 7,251^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	76.59	8.83	83.05	8.69	$t_{19} = 6,219^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	80.02	12.05	84.98	12.65	$t_{11} = 3,524^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	77.79	12.95	82.90	13.80	$t_{11} = 3,498^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	79.71	10.61	85.01	9.86	$t_{11} = 4,213^{**}$
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	70.42	9.73	77.02	8.32	$t_{19} = 7,644^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	69.04	10.58	75.98	9.16	$t_{19} = 5,654^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	69.80	9.01	77.30	9.85	$t_{19} = 5,062^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	75.68	10.22	81.06	9.39	$t_{12} = 5,187^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	73.33	9.51	76.78	8.06	$t_{12} = 3,142^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	80.22	16.74	84.53	14.39	$t_{12} = 3,073^{**}$
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS					
Evaluación psicofisiológica 1 pre	68.02	6.11	77.57	7.08	$t_{19} = 9,497^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 pre	66.80	6.20	75.04	6.49	$t_{19} = 8,140^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 pre	72.00	9.22	80.52	8.16	$t_{19} = 7,667^{**}$
Evaluación psicofisiológica 1 post	70.08	8.60	79.47	8.39	$t_{16} = 7,929^{**}$
Evaluación psicofisiológica 2 post	68.03	7.68	76.58	8.23	$t_{16} = 6,560^{**}$
Evaluación psicofisiológica 3 post	68.32	7.51	77.20	8.98	$t_{16} = 7,604^{**}$

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$

TABLA 12.25. Prueba *t*: Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) y en la tasa cardíaca (HR). Comparación sesiones psicofisiológicas pre/post en función del grupo experimental

VARIABLES	<i>t_p</i>	SIGNIFICACIÓN
CAMBIO EN LA RESPUESTA ELECTRODÉRMICA (SCL): Diferencia entre el período de juego y la línea-base		
TRATAMIENTO COGNITIVO		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{13} = 1,851$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{13} = 0,501$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{13} = -0,712$	n.s.
TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES EXPOSICIÓN		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{11} = 1,035$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{11} = 0,686$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{11} = -0,747$	n.s.
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{12} = 0,924$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{12} = -0,856$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{12} = -1,139$	n.s.
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{16} = -0,302$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{16} = 1,425$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{16} = 1,822$	n.s.
CAMBIO EN LA TASA CARDÍACA (HR): Diferencia entre el período de juego y la línea-base		
TRATAMIENTO COGNITIVO		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{13} = -0,049$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{13} = -0,925$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{13} = -0,405$	n.s.
TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES EXPOSICIÓN		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{11} = 1,747$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{11} = 1,123$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{11} = 0,213$	n.s.
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{12} = -0,087$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{12} = 1,802$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{12} = 1,649$	n.s.
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{16} = 0,808$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{16} = 0,024$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{16} = -0,002$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

Cuando se analiza el cambio en la respuesta electrodérmica (SCL), esto es, la diferencia entre el período de juego y la línea-base, al comparar las sesiones psicofisiológicas pre y sus homólogas en el postratamiento en función de los tratamientos (ver Tabla 12.25.) no aparecen diferencias estadísticamente significativas, como tampoco surgen al comparar los valores de cambio entre los grupos experimentales; sólo aparecen a nivel intrasujeto, en concreto entre la segunda y tercera sesión de evaluación psicofisiológica postratamiento (ver Tabla 12.26.). Con respecto a la tasa cardíaca (HR) cabe indicar, como muestran las Tablas 12.25. y 12.27., que no existen en ningún caso diferencias estadísticamente significativas.

A pesar de que no existen diferencias estadísticamente significativas, en la Figura 12.95. se ilustra cómo evoluciona el cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) a lo largo de las sesiones psicofisiológicas en los cuatro grupos experimentales. La tendencia general parece reflejar, tanto en las sesiones pre como en las postratamiento, un cambio menor entre el período de juego y la línea-base en la segunda sesión de evaluación psicofisiológica; de manera que entre la primera y la segunda sesión suele producirse un descenso, que indica una menor activación en esta medida, volviendo a aumentar en la tercera sesión. Asimismo, se puede observar que, normalmente, este cambio en la respuesta electrodérmica es menor en las tres sesiones post comparadas con las pretratamiento.

TABLA 12.26. ANOVA: Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
CAMBIO EN LA RESPUESTA ELECTRODÉRMICA (SCL):		
Diferencia entre el periodo de juego y la línea-base		
Intergrupo	$F_{(12,14, 210,36)} = 1,275^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(4,04, 210,36)} = 2,629^{*†}$	$p < 0.035$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 2 pre	$t_{79} = 2,614$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 3 pre	$t_{79} = 1,211$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 3 pre	$t_{79} = -1,160$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 post - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{55} = 2,009$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 post - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{55} = -0,195$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 post - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{55} = -3,069^{**}$	$p < 0.003$
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{55} = 1,629$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{55} = 1,075$	n.s.
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{55} = -0,484$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

** Corrección de Bonferroni para 9 comparaciones: $p < 0.005$

[†] Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

TABLA 12.27. ANOVA: Cambio en la tasa cardíaca (HR)

VARIABLES	$F_{(df)}$	SIGNIFICACIÓN*
CAMBIO EN LA TASA CARDÍACA (HR):		
Diferencia entre el periodo de juego y la línea-base		
Intergrupo	$F_{(13,95, 241,84)} = 0,698^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(4,65, 241,84)} = 1,463^{\dagger}$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

[†] Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

El cambio en la tasa cardíaca (HR) a lo largo de la evaluación psicofisiológica se representa en la Figura 12.96. Una evolución que, al menos en el período postratamiento (ya que en el período pre, dicha evolución es muy dispar entre los grupos experimentales), resulta semejante a la experimentada por la respuesta electrodérmica, pues en la segunda sesión el cambio en tasa cardíaca desciende con respecto a la primera y en la tercera, de nuevo, sufre un incremento.

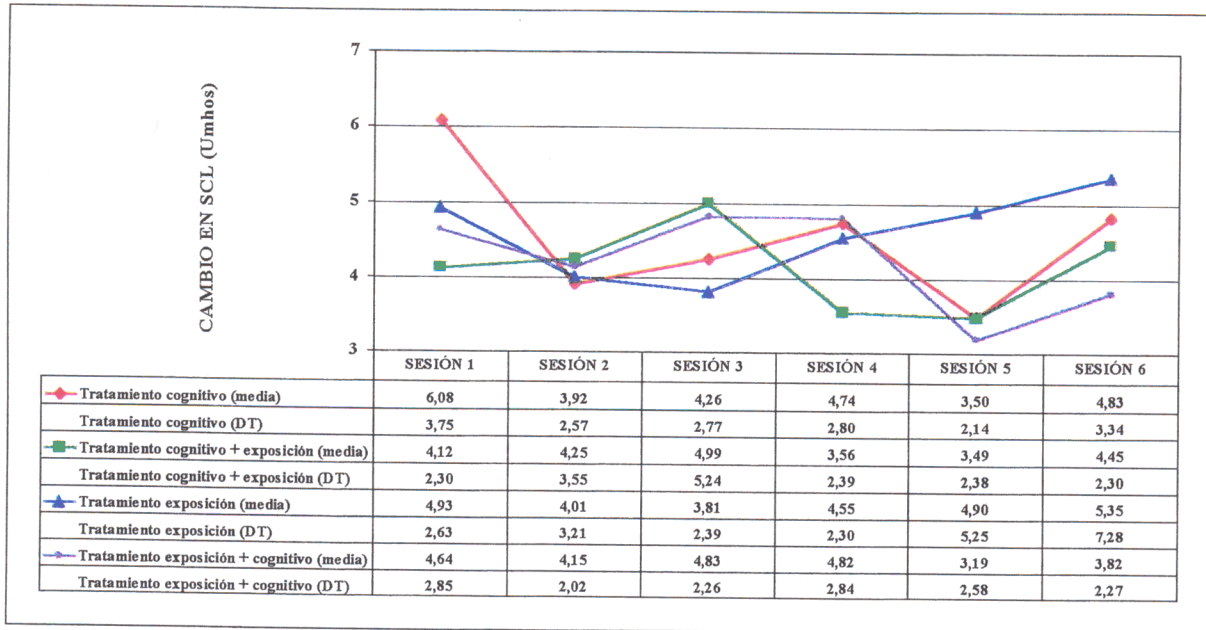


FIGURA 12.95. Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL): diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica (DT) en μmhos). Intergrupo.

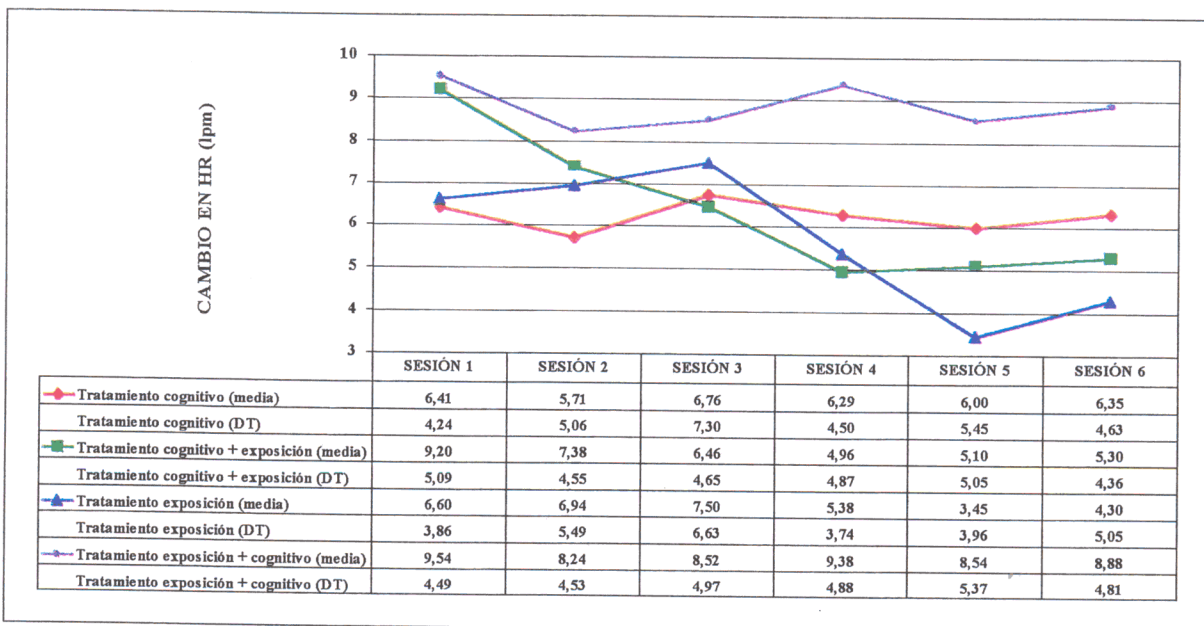


FIGURA 12.96. Cambio en la tasa cardíaca (HR): diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica (DT) en latidos por minuto (lpm)). Intergrupo.

Por último, el cambio intrasujeto en las dos respuestas psicofisiológicas se recoge en la Figura 12.97., donde puede observarse que la progresión es prácticamente paralela. En primer lugar, entre las tres sesiones, pre y postratamiento, se repite la trayectoria ya comentada, un descenso en el cambio (diferencia entre el período de juego y la línea-base) en el segundo registro psicofisiológico para volver a incrementarse en la tercera sesión, aunque no llega a recuperar los valores de la primera sesión. Y en segundo lugar, unas tasas de cambio que suelen ser inferiores en las sesiones post con respecto a las pretratamiento; fundamentalmente en la segunda sesión psicofisiológica postratamiento.

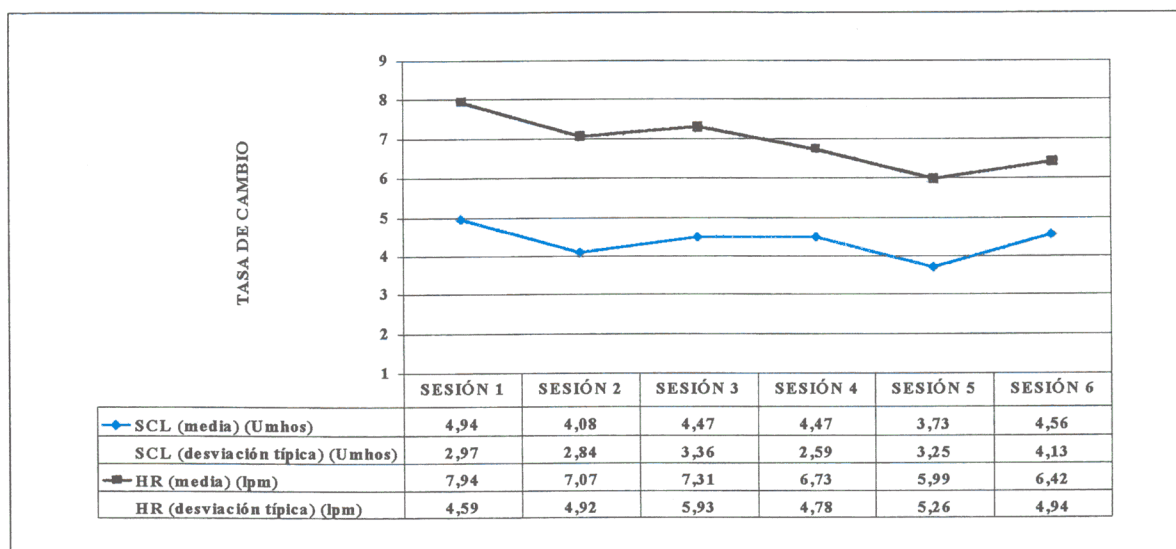


FIGURA 12.97. Cambio en la respuesta electrodérmica (SCL) y en la tasa cardíaca (HR): diferencia entre el período de juego y la línea-base en las tres sesiones psicofisiológicas pre y postratamiento (media y desviación típica (DT)). Intrasujeto.

Método de autoinforme

A continuación se comentan los resultados obtenidos en las escalas tipo Likert para la medida subjetiva de la activación. Tanto en el estado de ánimo durante el juego como en la valoración que hacen los sujetos de dicho estado de ánimo aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las sesiones de evaluación pre y sus equivalentes en la medición postratamiento; pero no así entre las tres sesiones consecutivas, ya sean pre o postratamiento, ni entre los grupos experimentales (ver Tablas 12.28. y 12.29.).

Aunque ya se ha indicado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en ninguna de las dos escalas tipo Likert, la evolución de las puntuaciones en función del tratamiento, tanto del estado de ánimo durante el juego como de la sensación que provoca el mismo, se puede apreciar en las Figuras 12.98. y 12.99., respectivamente. En lo que atañe al estado de ánimo, quizá el único dato que sobresale es que a pesar de que todos los grupos experimentales siguen una trayectoria similar, caracterizada por una percepción del estado de ánimo normal (puntuación 3) durante el juego en las mediciones pretratamiento y que se traduce en relajación (puntuación 2) en la evaluación post, es el tratamiento de exposición el que experimenta en todo momento unas puntuaciones más elevadas que los restantes grupos. A su vez, la valoración que hacen los sujetos de dicho estado de ánimo se sitúa entre una sensación neutra (puntuación 3), principalmente en la medición pretratamiento, y más próxima a una

sensación desagradable (puntuación 2) en la medición postratamiento; sin grandes diferencias entre los grupos experimentales.

Con independencia del tratamiento, la evolución que experimenta el estado de ánimo durante el juego resulta paralela a la sensación que provoca el mismo a lo largo de las sesiones de evaluación psicofisiológica; ya que de un estado de ánimo normal, con una sensación concomitante neutra, en el pretratamiento se pasa a un estado de ánimo relajado que provoca una sensación entre neutra y desagradable en el postratamiento. Ya se ha indicado, además, que estas diferencias son estadísticamente significativas. Asimismo, cabe destacar que no existen grandes diferencias entre las tres sesiones consecutivas, bien sean pre o postratamiento (ver Figura 12.100.).

TABLA 12.28. ANOVA: Estado de ánimo durante el juego

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL JUEGO		
Intergrupo	$F_{(10,79, 187,05)} = 1,034^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(3,60, 187,05)} = 16,326^{*†}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 2 pre	$t_{79} = 0,483$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 3 pre	$t_{79} = 1,102$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 3 pre	$t_{79} = 0,656$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 post - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{33} = -0,693$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 post - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{33} = -0,411$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 post - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{33} = 0,299$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{33} = 5,212^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{33} = 5,266^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{33} = 4,242^{**}$	$p < 0.0001$

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

** Corrección de Bonferroni para 9 comparaciones: $p < 0.005$

† Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

TABLA 12.29. ANOVA: Sensación que provoca el estado de ánimo

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
SENSACIÓN QUE PROVOCA EL ESTADO DE ÁNIMO		
Intergrupo	$F_{(9,95, 172,42)} = 0,669^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(3,32, 172,42)} = 11,996^{*†}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 2 pre	$t_{79} = 1,674$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 3 pre	$t_{79} = 1,256$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 3 pre	$t_{79} = -0,487$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 post - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{33} = -0,486$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 post - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{33} = 0,260$	n.s.
Sesión psicofisiológica 2 post - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{33} = 0,586$	n.s.
Sesión psicofisiológica 1 pre - Sesión psicofisiológica 1 post	$t_{33} = 4,671^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión psicofisiológica 2 pre - Sesión psicofisiológica 2 post	$t_{33} = 3,654^{**}$	$p < 0.001$
Sesión psicofisiológica 3 pre - Sesión psicofisiológica 3 post	$t_{33} = 3,858^{**}$	$p < 0.0001$

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

** Corrección de Bonferroni para 9 comparaciones: $p < 0.005$

† Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

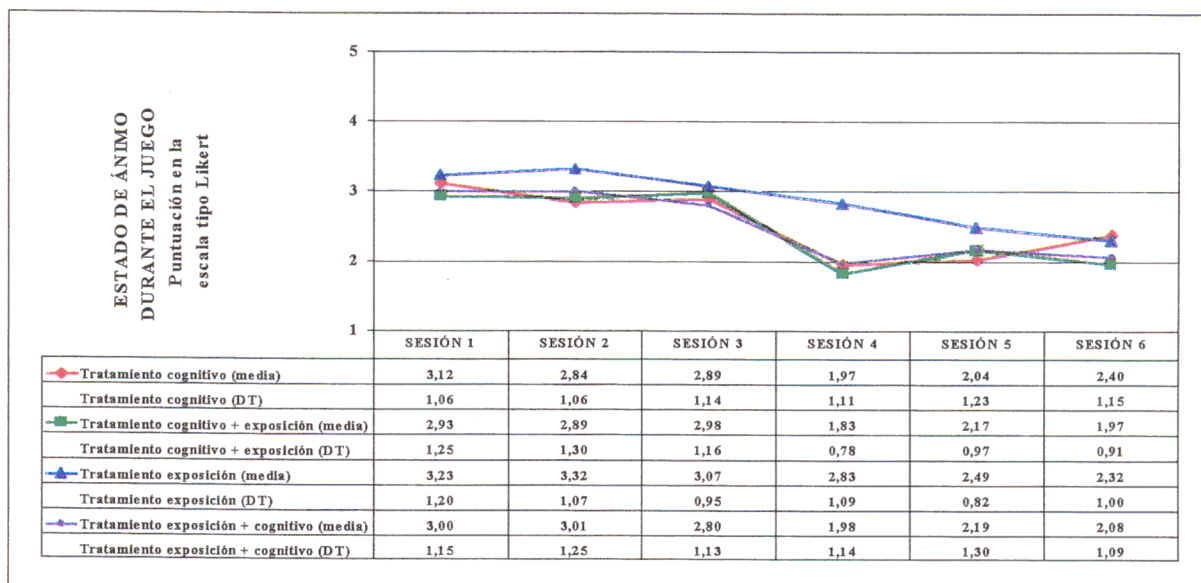


FIGURA 12.98. Estado de ánimo durante el juego en las tres sesiones psicofisiológicas pre y post: intergrupo.

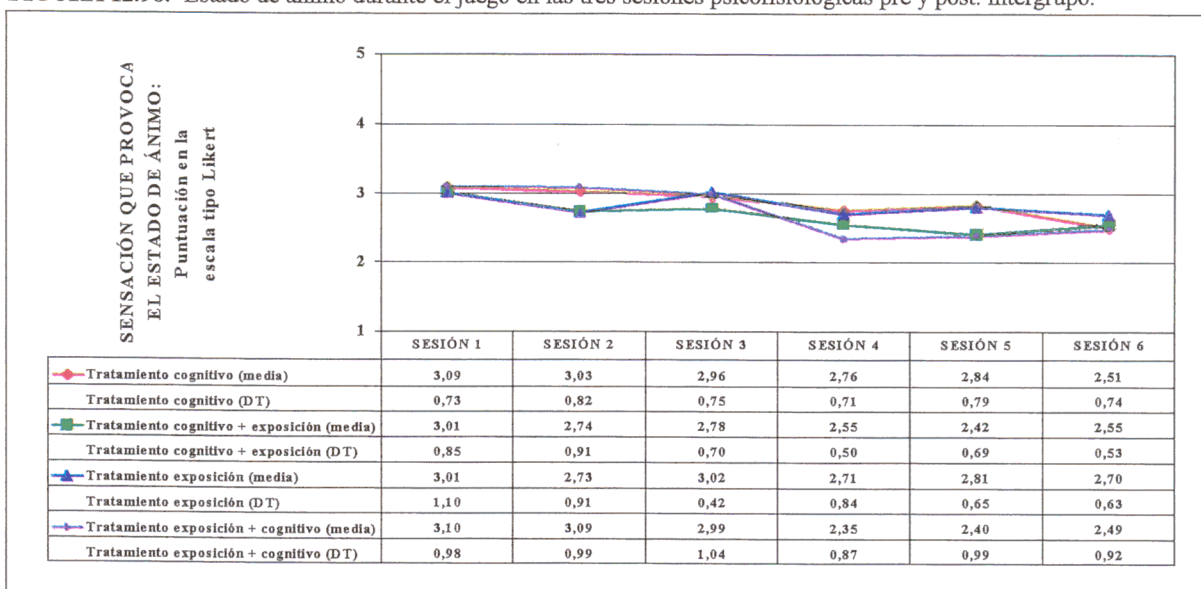


FIGURA 12.99. Sensación que provoca el estado de ánimo en las tres sesiones psicofisiológicas pre y post: intergrupo.

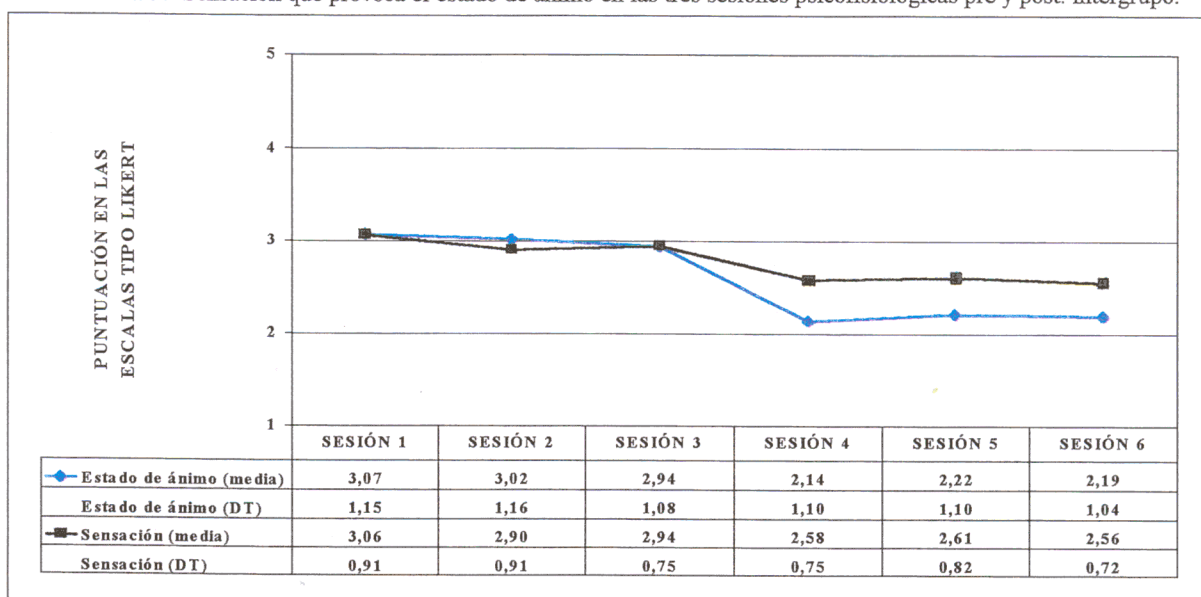


FIGURA 12.100. Puntuación en las dos escalas tipo Likert para la medida subjetiva de activación pre y post: intrasujeto.

Distorsiones cognitivas

Para analizar el cambio en las distorsiones cognitivas entre el pre y el postratamiento en cada grupo experimental se realiza una comparación de medias (prueba *t*), cuyos resultados pueden observarse en la Tabla 12.30.

En el tratamiento cognitivo aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento en todas las variables evaluadas, ya sea con el método observacional (excepto en la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias en la tercera sesión de juego) como a través del autoinforme, salvo de forma reiterada en el porcentaje de los resultados atribuido a la suerte. En el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición también aparecen estas diferencias estadísticamente significativas, pero en este caso es en la escala Likert que mide el porcentaje de los resultados atribuido al azar (en la primera y segunda sesión de juego) en la que no surgen tales diferencias. Por su parte, en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las medidas de evaluación de las distorsiones cognitivas, excepto, al igual que en el tratamiento cognitivo, en el porcentaje de los resultados atribuido a la suerte. Por último, el tratamiento de exposición destaca por la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y postratamiento en la mayoría de las variables evaluadas, éstas aparecen exclusivamente en las puntuaciones del Inventario de pensamientos y en la probabilidad subjetiva de ganar.

TABLA 12.30. Prueba *t*: Distorsiones cognitivas. Comparación pre/post en función del grupo experimental

VARIABLES	<i>t_u</i>	SIGNIFICACIÓN
TRATAMIENTO COGNITIVO		
Método de observación		
Tasa de producción de frases irracionales		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₃ = 4,088*	p<0.001
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₃ = 4,096*	p<0.001
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₃ = 3,564*	p<0.003
Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₂ = 3,155*	p<0.008
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₉ = 2,346*	p<0.044
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₀ = 1,809	n.s.
Método de autoinforme		
Inventario de pensamientos		
Factor 1: Ilusión de control (Pre - Post)	<i>t</i> ₁₃ = 4,392*	p<0.001
Factor 2: Heurístico de la representatividad y correlación ilusoria (Pre -Post)	<i>t</i> ₁₂ = 8,088*	p<0.0001
Factor 3: Predicción de resultados (Pre - Post)	<i>t</i> ₁₃ = 5,975*	p<0.0001
Escala tipo Likert		
Probabilidad subjetiva de ganar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₃ = 3,129*	p<0.008
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₃ = 2,982*	p<0.11
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₃ = 3,345*	p<0.005
Porcentaje de los resultados atribuidos al azar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₃ = -2,253*	p<0.042
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₃ = -2,531*	p<0.025
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₃ = -2,811*	p<0.015
Porcentaje de los resultados atribuidos a la suerte (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₃ = 1,802	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₃ = 1,439	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₃ = 1,917	n.s.
Porcentaje de los resultados atribuidos a la habilidad (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₃ = 2,188*	p<0.047
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₃ = 2,895*	p<0.013
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₃ = 2,818*	p<0.015

TABLA 12.30. Prueba *t*: Distorsiones cognitivas. Comparación pre/post en función del grupo experimental (continuación)

VARIABLES	<i>t_d</i>	SIGNIFICACIÓN
TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES EXPOSICIÓN		
Método de observación		
Tasa de producción de frases irracionales		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₇</i> = 2,206	n.s.*
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₈</i> = 4,463*	p<0.002
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₉</i> = 3,081*	p<0.013
Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₇</i> = 2,350*	p<0.051
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₈</i> = 2,601*	p<0.032
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₇</i> = 2,110	n.s.
Método de autoinforme		
Inventario de pensamientos		
Factor 1: Ilusión de control (Pre - Post)	<i>t₁₁</i> = 5,838*	p<0.0001
Factor 2: Heurístico de la representatividad y correlación ilusoria (Pre - Post)	<i>t₁₁</i> = 6,897*	p<0.0001
Factor 3: Predicción de resultados (Pre - Post)	<i>t₁₁</i> = 3,830*	p<0.003
Escalas tipo Likert		
Probabilidad subjetiva de ganar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₁₁</i> = 3,859*	p<0.003
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₁₁</i> = 3,209*	p<0.008
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₁₁</i> = 2,843*	p<0.016
Porcentaje de los resultados atribuidos al azar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₁₁</i> = -2,074	n.s. +
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₁₁</i> = -1,972	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₁₁</i> = -2,382*	p<0.036
Porcentaje de los resultados atribuidos a la suerte (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₁₁</i> = 3,667*	p<0.004
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₁₁</i> = 3,660*	p<0.004
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₁₁</i> = 4,749*	p<0.001
Porcentaje de los resultados atribuidos a la habilidad (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₁₁</i> = 3,332*	p<0.007
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₁₁</i> = 2,848*	p<0.016
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₁₁</i> = 2,608*	p<0.024
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN		
Método de observación		
Tasa de producción de frases irracionales		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₁₂</i> = 1,934	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₁₂</i> = 1,437	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₁₂</i> = 1,590	n.s.
Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t₁₀</i> = 1,385	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t₉</i> = 1,469	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t₁₀</i> = 1,840	n.s.
Método de autoinforme		
Inventario de pensamientos		
Factor 1: Ilusión de control (Pre - Post)	<i>t₁₂</i> = 3,989*	p<0.002
Factor 2: Heurístico de la representatividad y correlación ilusoria (Pre - Post)	<i>t₁₁</i> = 5,435*	p<0.0001
Factor 3: Predicción de resultados (Pre - Post)	<i>t₁₂</i> = 3,701*	p<0.003

TABLA 12.30. Prueba *t*: Distorsiones cognitivas. Comparación pre/post en función del grupo experimental (continuación)

VARIABLES	<i>t_s</i>	SIGNIFICACIÓN
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN (cont.)		
Escalas tipo Likert		
Probabilidad subjetiva de ganar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₂ = 3,290*	p<0.006
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₂ = 3,962*	p<0.002
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₂ = 3,176*	p<0.008
Porcentaje de los resultados atribuidos al azar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₂ = -1,203	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₂ = -1,472	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₂ = -1,271	n.s.
Porcentaje de los resultados atribuidos a la suerte (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₂ = 0,590	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₂ = 0,885	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₂ = 0,952	n.s.
Porcentaje de los resultados atribuidos a la habilidad (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₂ = 1,719	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₂ = 1,271	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₂ = 0,515	n.s.
TRATAMIENTO EXPOSICIÓN + SESIONES COGNITIVAS		
Método de observación		
Tasa de producción de frases irracionales		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₅ = 2,650*	p<0.018
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₆ = 3,136*	p<0.006
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₆ = 6,540*	p<0.0001
Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₂ = 2,557*	p<0.025
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₁ = 2,503*	p<0.029
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₂ = 2,391*	p<0.034
Método de autoinforme		
Inventario de pensamientos		
Factor 1: Ilusión de control (Pre - Post)	<i>t</i> ₁₆ = 5,234*	p<0.0001
Factor 2: Heurístico de la representatividad y correlación ilusoria (Pre -Post)	<i>t</i> ₁₆ = 7,622*	p<0.0001
Factor 3: Predicción de resultados (Pre - Post)	<i>t</i> ₁₆ = 5,953*	p<0.0001
Escalas tipo Likert		
Probabilidad subjetiva de ganar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₆ = 4,083*	p<0.001
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₆ = 5,520*	p<0.0001
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₆ = 3,522*	p<0.003
Porcentaje de los resultados atribuidos al azar (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₆ = -5,542*	p<0.0001
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₆ = -5,336*	p<0.0001
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₆ = -4,737*	p<0.0001
Porcentaje de los resultados atribuidos a la suerte (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₆ = 1,578	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₆ = 1,655	n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₆ = 2,022	n.s. [†]
Porcentaje de los resultados atribuidos a la habilidad (0-100%)		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	<i>t</i> ₁₆ = 3,347*	p<0.004
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	<i>t</i> ₁₆ = 3,119*	p<0.007
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	<i>t</i> ₁₆ = 3,010*	p<0.008

NOTA: * Nivel de significación p<0.05

[†] p<0.06

Método observacional

En el estudio de las distorsiones cognitivas registradas mediante la observación en situación de juego se realiza un análisis de la varianza (ANOVA) en un diseño mixto con un factor intergrupo (cuatro niveles) y un factor intrasujeto (seis niveles).

Como puede apreciarse en la Tabla 12.31., en las dos medidas de las distorsiones cognitivas (tasa de producción de frases irracionales y tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias) surgen diferencias estadísticamente significativas a nivel intrasujeto, en concreto, entre las sesiones de evaluación pre y sus equivalentes en la medición postratamiento. Sin embargo, no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales.

TABLA 12.31. ANOVA: Distorsiones cognitivas (observación)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
TASA DE PRODUCCIÓN DE FRASES IRRACIONALES		
Intergrupo	$F_{(8.01, 125.49)} = 0,821^1$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(2.67, 125.49)} = 27,124^{*1}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre	$t_{77} = -0,940$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{77} = -0,276$	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{78} = 0,678$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post	$t_{50} = 0,938$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post	$t_{50} = 1,594$	n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post	$t_{52} = 0,697$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	$t_{50} = 5,485^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	$t_{53} = 6,090^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	$t_{53} = 6,221^{**}$	$p < 0.0001$
TASA RELATIVA DE IRRACIONALIDAD EN LAS FRASES SOBRE ESTRATEGIAS		
Intergrupo	$F_{(5.94, 67.32)} = 1,144^1$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(1.98, 67.32)} = 15,297^{*1}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre	$t_{75} = 0,287$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{75} = 0,877$	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{75} = 1,234$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post	$t_{38} = -0,390$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post	$t_{40} = 0,811$	n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post	$t_{37} = 0,844$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	$t_{44} = 4,691^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	$t_{40} = 4,263^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	$t_{42} = 4,128^{**}$	$p < 0.0001$

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Corrección de Bonferroni para 9 comparaciones: $p < 0.005$ ¹ Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

En la Figura 12.101. se muestra la tasa de producción de frases irracionales en los cuatro grupos experimentales, cuya media se sitúa entre 0.23 y 0.38 para las verbalizaciones emitidas en la evaluación pretratamiento, descendiendo a un intervalo que oscila entre 0.06 y 0.26 en el período postratamiento. El tratamiento de exposición es el que padece las tasas de producción de frases irracionales más elevadas del postratamiento, pero como ya se ha indicado esta diferencia no es estadísticamente significativa. Situación que se repite al analizar la tasa de irracionalidad en las frases sobre estrategias. Aunque en este caso, dicha tasa oscila entre 0.94 y 0.98 en las sesiones pre, reduciéndose a 0.61-0.79 en el postratamiento (ver Figura 12.102.).

Finalmente, la evolución intrasujeto se representa en la Figura 12.103., donde puede observarse el cambio, prácticamente paralelo, en las dos medidas de las distorsiones cognitivas entre el período pre y postratamiento. Una reducción en el postratamiento que llega a alcanzar la significación estadística.

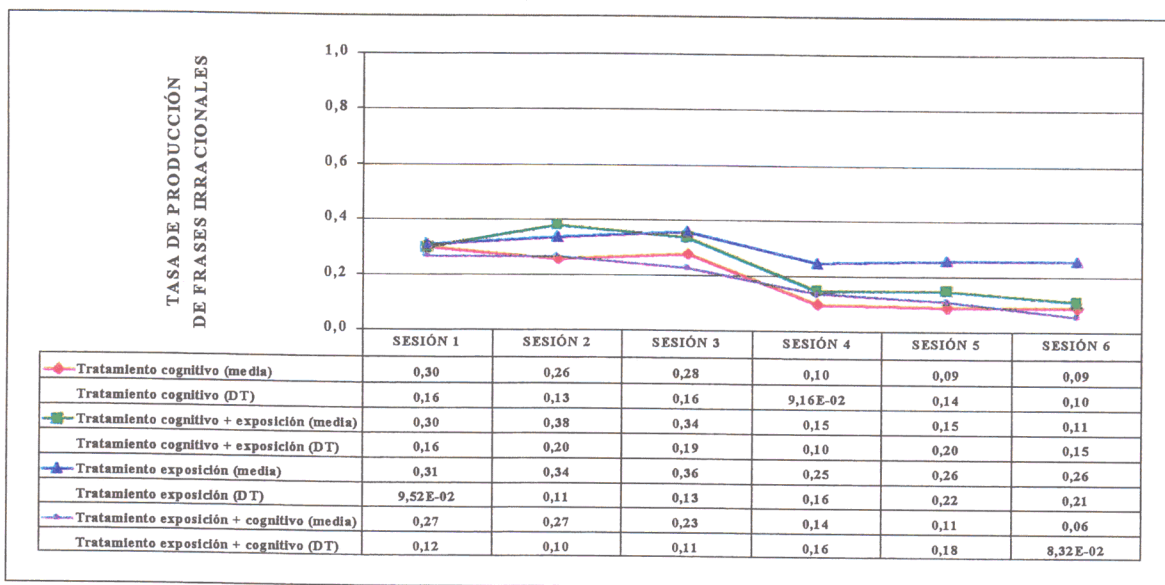


FIGURA 12.101. Tasa de producción de frases irracionales (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

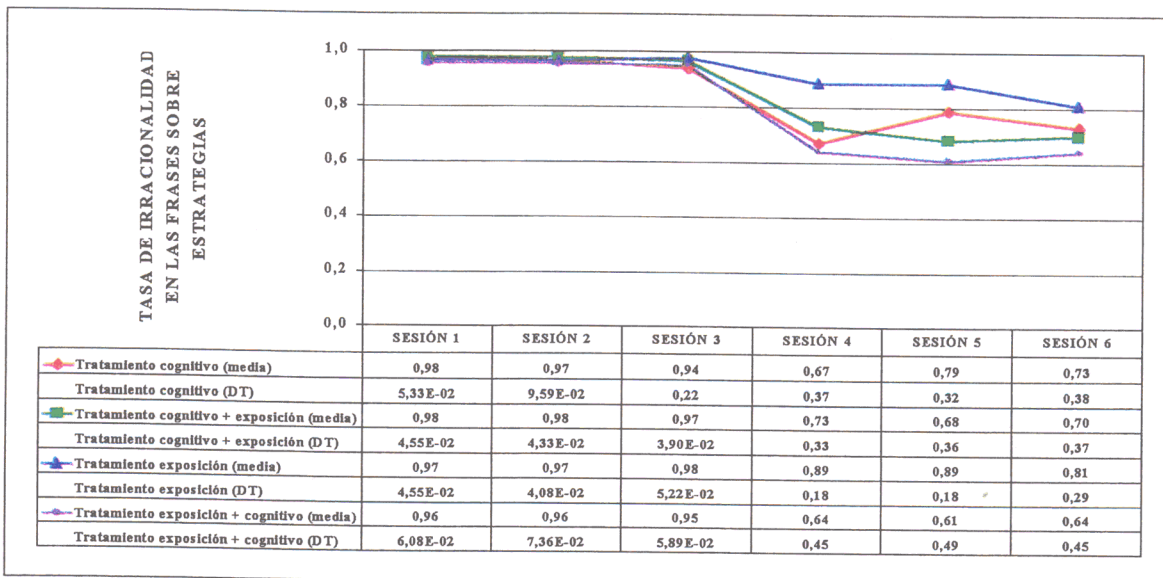


FIGURA 12.102. Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

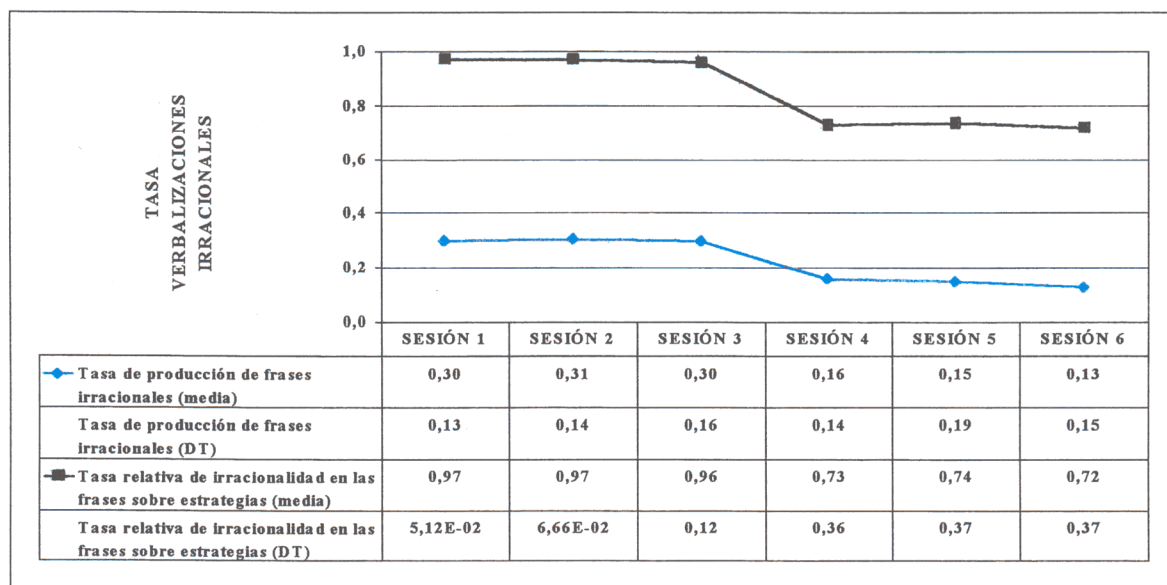


FIGURA 12.103. Tasa de producción de frases irracionales y tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias (media y desviación típica (DT)): intrasujeto.

Método de autoinforme

Inventario de pensamientos

En el estudio de las distorsiones cognitivas evaluadas mediante el inventario de pensamientos se realiza un análisis de la varianza (ANOVA) en un diseño mixto con un factor intergrupo (cuatro niveles) y un factor intrasujeto (siete niveles). Estudio realizado sobre los tres factores extraídos del análisis factorial.

Como muestra la Tabla 12.32. no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en ninguno de los tres factores. A nivel intrasujeto, estas diferencias surgen entre los períodos pre y postratamiento y este último y el seguimiento a los seis meses, en los tres factores; y también entre el postratamiento y el año de seguimiento en los factores 2 (heurístico de la representatividad y correlación ilusoria) y 3 (predicción de resultados); evolución que refleja la Figura 12.104., donde se pone de relieve que el cambio más amplio se produce entre el pre y el postratamiento.

En las Figuras 12.105.-12.107. se representa la media de las puntuaciones obtenidas en cada factor por los distintos grupos experimentales. Puede observarse que los cuatro tratamientos siguen una evolución similar en los factores 1 (ilusión de control) y 3 (predicción de resultados), siendo más dispar en el factor 2 (heurístico de la representatividad y correlación ilusoria), en el que además se obtienen, por lo general, puntuaciones más elevadas. En cualquier caso, parece que, con independencia del factor, es el tratamiento de exposición el que obtiene las puntuaciones más elevadas, seguido y, en ocasiones, superado por el tratamiento cognitivo; aunque ya se ha indicado que estas diferencias no son estadísticamente significativas. También se quiere destacar el hecho de que ningún grupo experimental supera, por término medio, la puntuación de 20 (con la excepción del tratamiento de exposición en el postratamiento y al año de seguimiento en el factor 2) en ninguna de las mediciones realizadas tras la intervención, cuando en el pretratamiento oscilan entre 20-35.

TABLA 12.32. ANOVA: Distorsiones cognitivas (inventario de pensamientos)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
FACTOR 1: Ilusión de control		
Intergrupo	$F_{(10.88, 83.45)} = 1,208^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(3.62, 83.45)} = 37,452^{*†}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{55} = -9,633^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{40} = -2,652^{**}$	$p < 0.011$
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -1,718$	n.s.
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{31} = 0,980$	n.s.
FACTOR 2: Heurístico de la representatividad y correlación ilusoria		
Intergrupo	$F_{(11.73, 82.11)} = 1,705^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(3.91, 82.11)} = 59,376^{*†}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{53} = -13,683^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{40} = -2,995^{**}$	$p < 0.005$
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = -2,888^{**}$	$p < 0.007$
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{30} = -0,584$	n.s.
FACTOR 3: Predicción de resultados		
Intergrupo	$F_{(8.79, 70.39)} = 0,851^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(2.93, 70.39)} = 40,342^{*†}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{55} = -9,579^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{41} = -3,558^{**}$	$p < 0.001$
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -2,656^{**}$	$p < 0.012$
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = 0,433$	n.s.

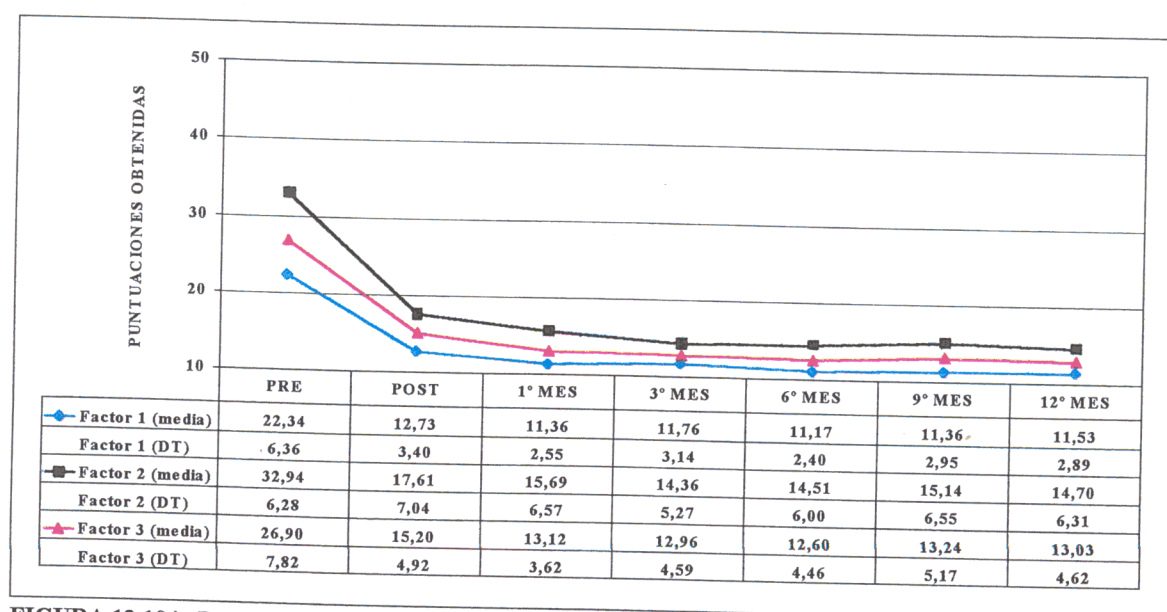
NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Corrección de Bonferroni para 4 comparaciones: $p < 0.01$ † Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

FIGURA 12.104. Puntuación en el Inventario de pensamientos (media y desviación típica (DT)): intrasujeto.

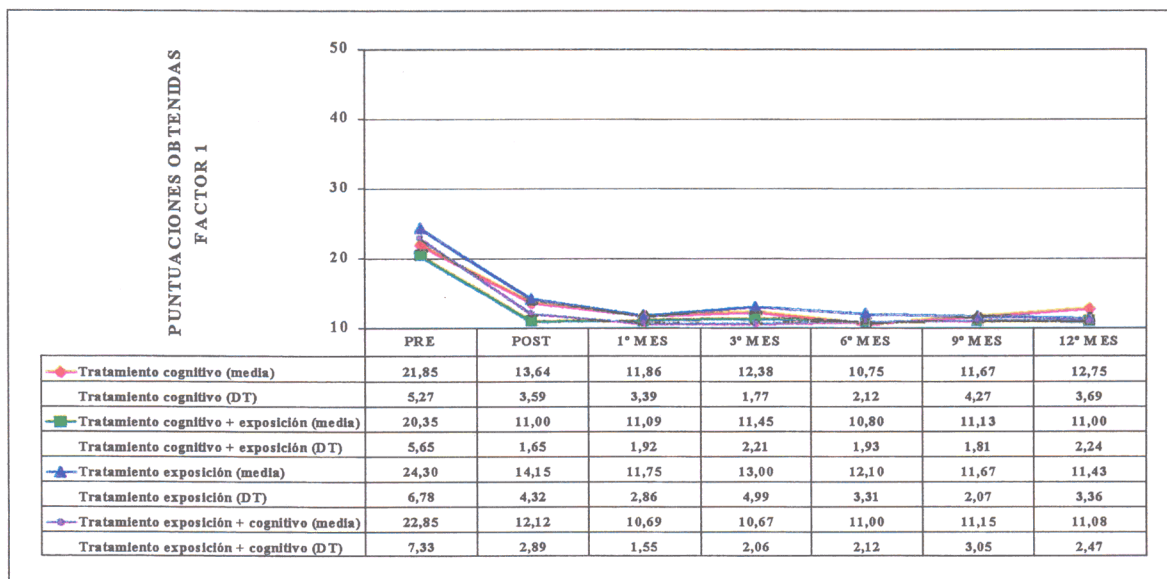


FIGURA 12.105. Puntuación en el Inventario de pensamientos (Factor 1) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

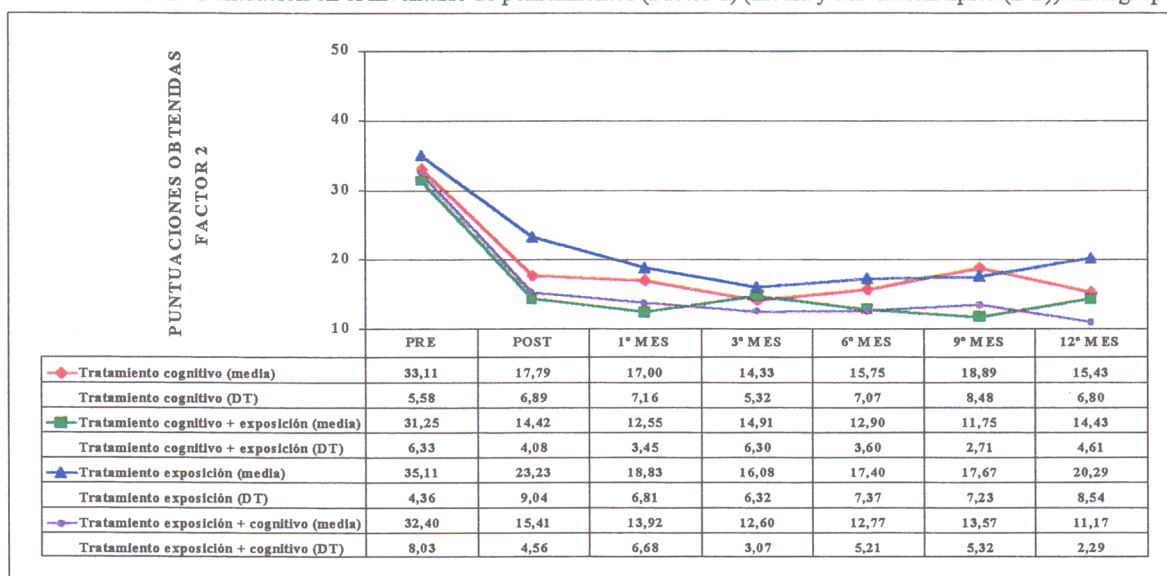


FIGURA 12.106. Puntuación en el Inventario de pensamientos (Factor 2) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

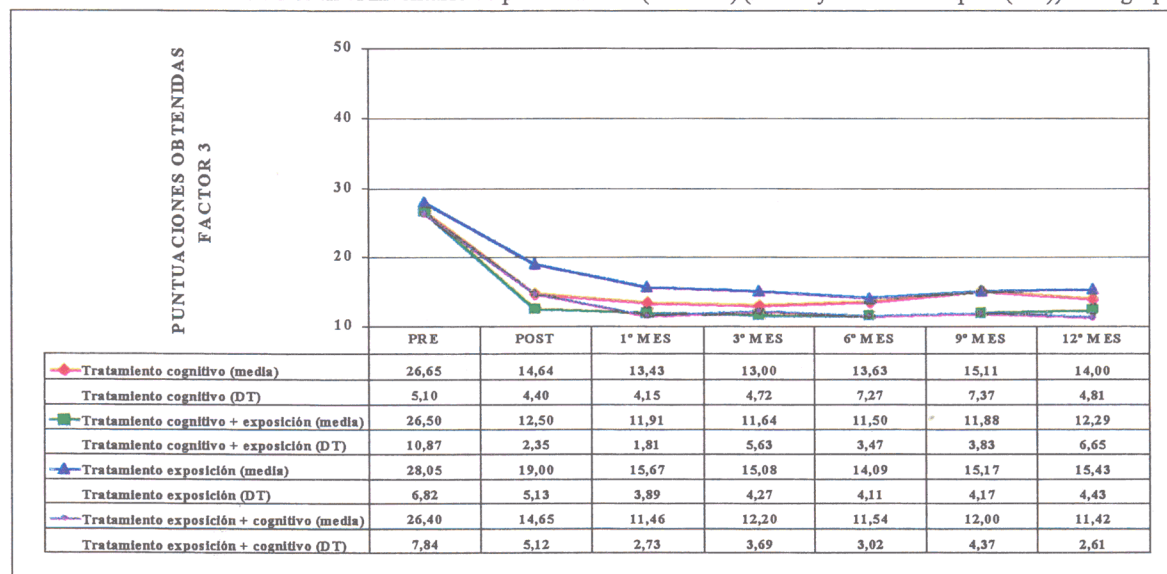


FIGURA 12.107. Puntuación en el Inventario de pensamientos (Factor 3) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

Escalas tipo Likert

En el estudio de las distorsiones cognitivas evaluadas mediante cuatro escalas tipo Likert se realiza un análisis de la varianza (ANOVA) en un diseño mixto con un factor intergrupo (cuatro niveles) y un factor intrasujeto (seis niveles). Los resultados, que se recogen en la Tabla 12.33., muestran, una vez más, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales; éstas sólo aparecen a nivel intrasujeto, en concreto, entre las mediciones pre y sus homólogas en el postratamiento.

En la Figura 12.108. puede observarse cómo la estimación realizada por los sujetos acerca de la probabilidad de ganar disminuye en las mediciones postratamiento. Si, por término medio, las posibilidades subjetivas de ganar oscilan entre un 36-40% en el pretratamiento, se reducen a un 15-17% en el postratamiento; una diferencia que, como ya se ha comentado, resulta estadísticamente significativa. En todos los grupos experimentales esta evolución es similar, siendo el tratamiento cognitivo el que mantiene una estimación más elevada de la probabilidad de ganar en el postratamiento (21-25%) (ver Figura 12.109.).

A la hora de explicar o justificar el desenlace del juego, en definitiva, atribuir los resultados a una causa, los sujetos se decantan por el azar y la suerte como máximos responsables, pero con diferencias ostensibles entre el pre y el postratamiento. Mientras que en el período pretratamiento el porcentaje de los resultados atribuido al azar oscila entre el 53-56% y el de la suerte entre el 43-47%, en el postratamiento adquiere mayor relevancia el azar (77-78%) en detrimento de la suerte (22-23%). A pesar de que al factor habilidad se le otorga un papel menos relevante, también sufre una clara variación entre la medición pre y postratamiento, pues mientras que en el primer período el porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad oscila entre 10-11%, una vez finalizado el tratamiento se reduce a un 1-2% (ver Figura 12.108.). En las Figuras 12.110.-12.112. se reproducen las trayectorias de los grupos experimentales, que también son similares a la hora de explicar los resultados; aún así destaca el tratamiento de exposición por su menor cambio en el postratamiento, ya que la responsabilidad del azar incrementa aproximadamente en un 10%, porcentaje en el que se ve reducido el alcance de la suerte; y aunque la causalidad que se le confiere a la habilidad disminuye en el postratamiento, es el grupo experimental que atribuye un mayor porcentaje a este factor. Destaca, por el contrario, el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas cuyos sujetos no apelan a la habilidad para explicar los resultados en el postratamiento.

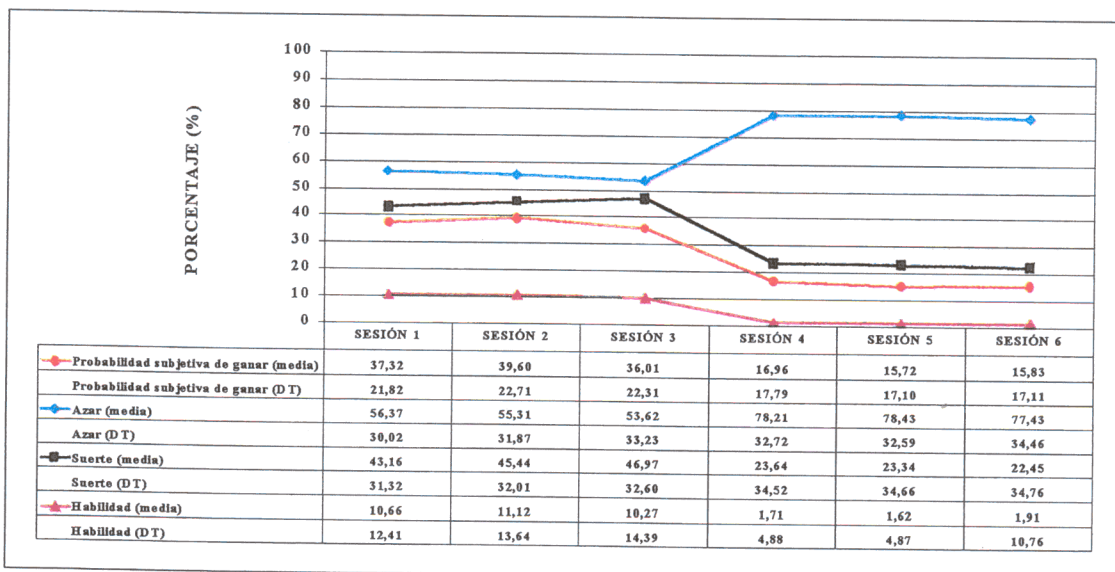


FIGURA 12.108. Probabilidad subjetiva de ganar y atribución de los resultados (en porcentaje) en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica (DT)): intrasujeto.

TABLA 12.33. ANOVA: Distorsiones cognitivas (escalas tipo Likert)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
PROBABILIDAD SUBJETIVA DE GANAR (0-100%)		
Intergrupo	$F_{(6.29, 108.96)} = 0,627^1$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(2.09, 108.96)} = 39,167^{**}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre	$t_{79} = -1,204$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = 0,757$	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = 1,785$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = 1,213$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 0,933$	n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = -0,157$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	$t_{55} = 7,021^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = 7,947^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 6,487^{**}$	$p < 0.0001$
PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS ATRIBUIDO AL AZAR (0-100%)		
Intergrupo	$F_{(4.29, 74.34)} = 0,577^1$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(1.43, 74.34)} = 23,513^{**}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre	$t_{79} = 0,917$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = 1,062$	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = 0,691$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = -1,407$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 0,420$	n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 0,533$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	$t_{55} = -4,958^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = -5,244^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = -5,307^{**}$	$p < 0.0001$
PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS ATRIBUIDO A LA SUERTE (0-100%)		
Intergrupo	$F_{(4.73, 81.96)} = 2,125^1$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(1.58, 81.96)} = 15,516^{**}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre	$t_{79} = -1,377$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = -1,540$	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = -0,734$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = 1,405$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 0,447$	n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 0,332$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	$t_{55} = 3,494^{**}$	$p < 0.001$
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = 3,637^{**}$	$p < 0.001$
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 4,427^{**}$	$p < 0.0001$
PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS ATRIBUIDO A LA HABILIDAD (0-100%)		
Intergrupo	$F_{(5.32, 92.29)} = 0,442^1$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(1.77, 92.29)} = 15,542^{**}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre	$t_{79} = -0,472$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = 0,318$	n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre	$t_{79} = 1,135$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = 1,000$	n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = -0,205$	n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = -0,300$	n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	$t_{55} = 5,174^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	$t_{55} = 4,924^{**}$	$p < 0.0001$
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	$t_{55} = 3,598^{**}$	$p < 0.001$

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Corrección de Bonferroni para 9 comparaciones: $p < 0.005$ ¹ Corregido supuesto de esféricidad (Huynh-Feldt)

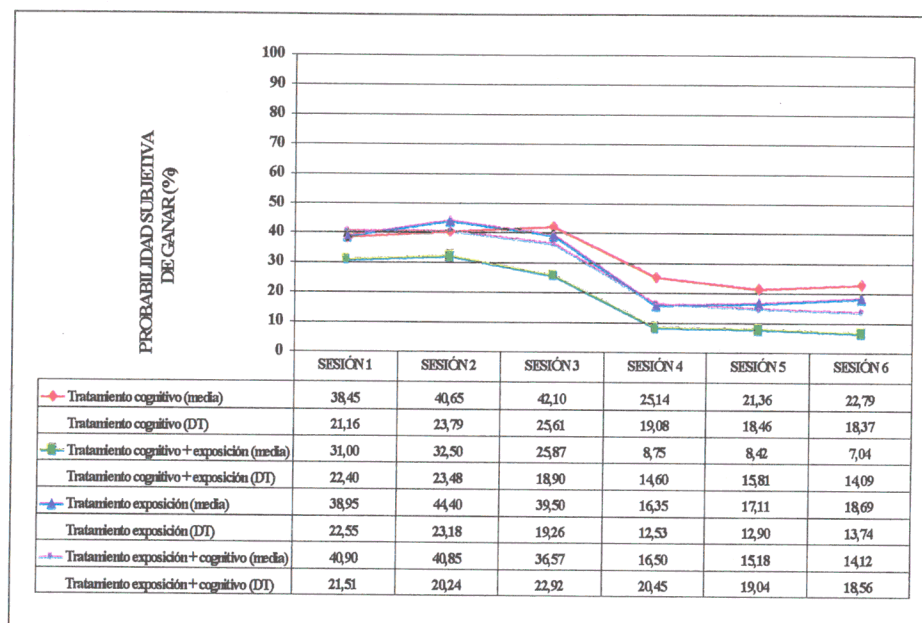


FIGURA 12.109. Probabilidad subjetiva de ganar (en porcentaje) en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

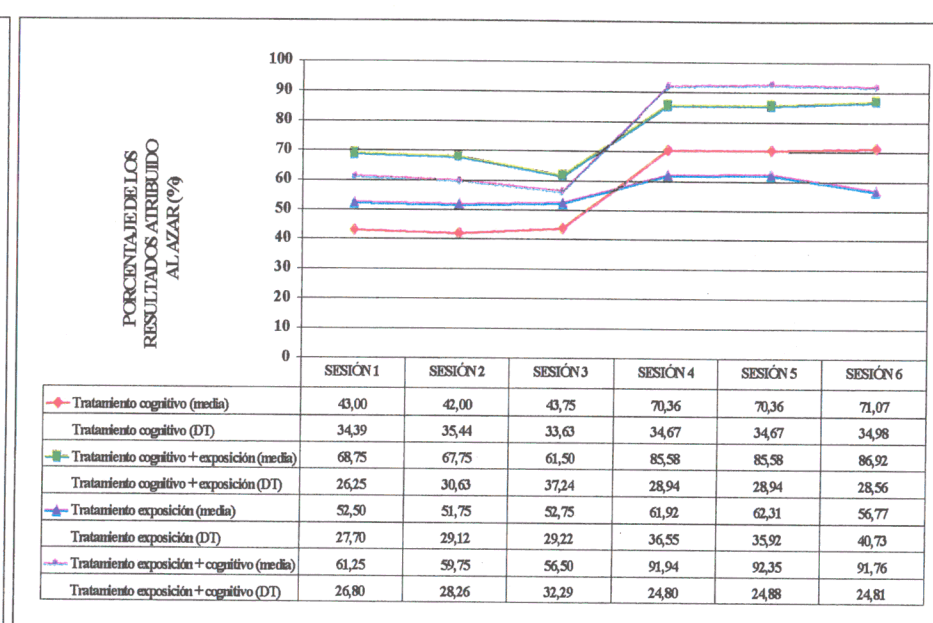


FIGURA 12.110. Porcentaje de los resultados atribuido al azar en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

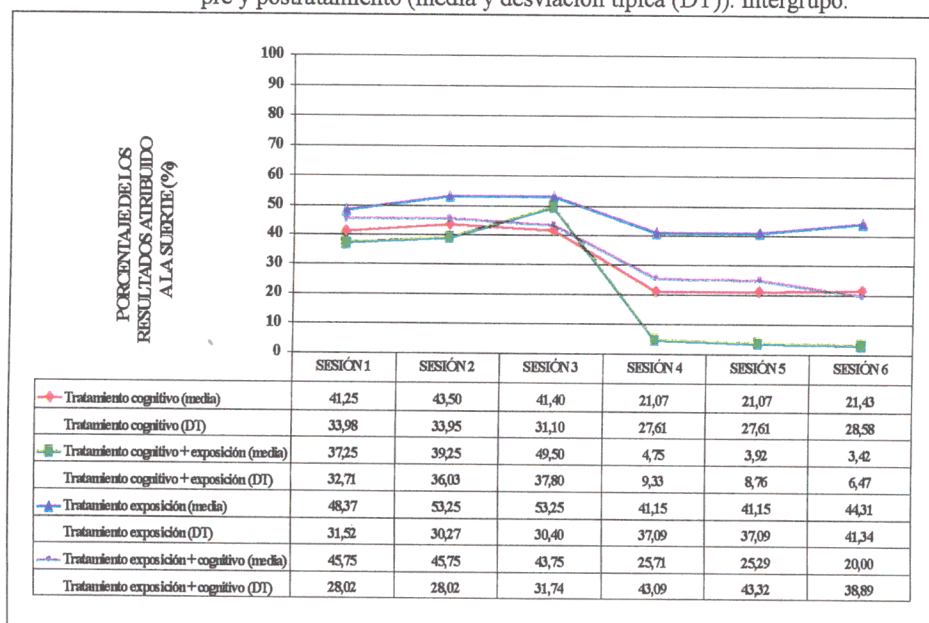


FIGURA 12.111. Porcentaje de los resultados atribuido a la suerte en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

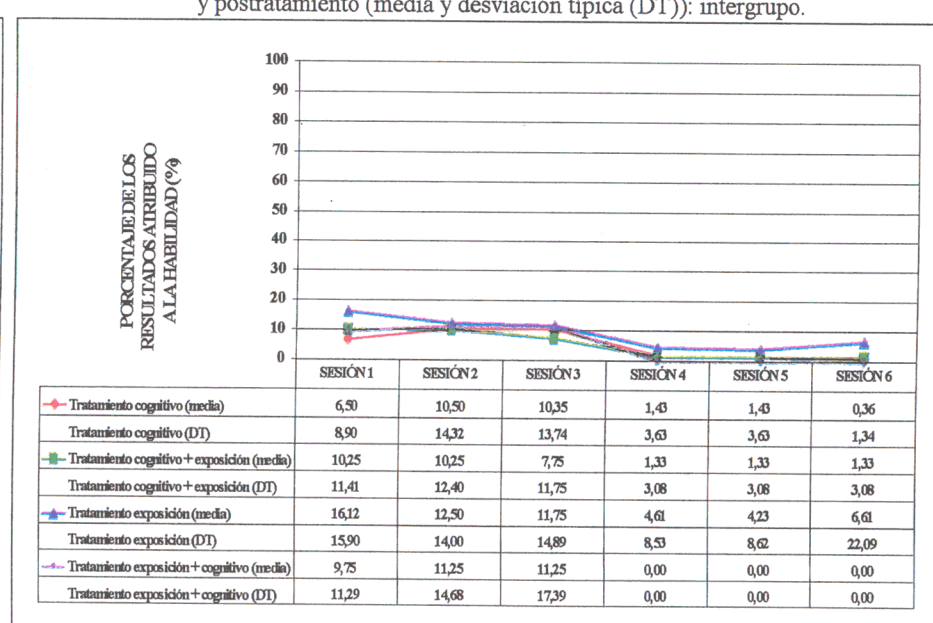


FIGURA 12.112. Porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad en las tres sesiones de juego pre y postratamiento (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

Conductas motoras durante el juego

A continuación se analiza, a nivel descriptivo, las diferencias observadas en las conductas motoras durante el juego entre el pre y el postratamiento. Con respecto al número de monedas que se introducen en la máquina cuando ésta reclama dinero, la diferencia radica en que los sujetos, en el postratamiento, tienden a introducir las monedas de una en una en mayor proporción que en el pretratamiento, en detrimento de las otras opciones que incluyen insertar varias monedas juntas, ya sea en un número fijo o variable. A pesar de ello, la modalidad de insertar varias monedas juntas sigue siendo la más frecuente tanto en el pre como en el postratamiento (ver Figura 12.113.).

Al jugar en el postratamiento, lo más habitual vuelve a ser dar a los botones con el dedo índice, exclusivamente o en combinación con otros dedos, como se aprecia en la Figura 12.114.

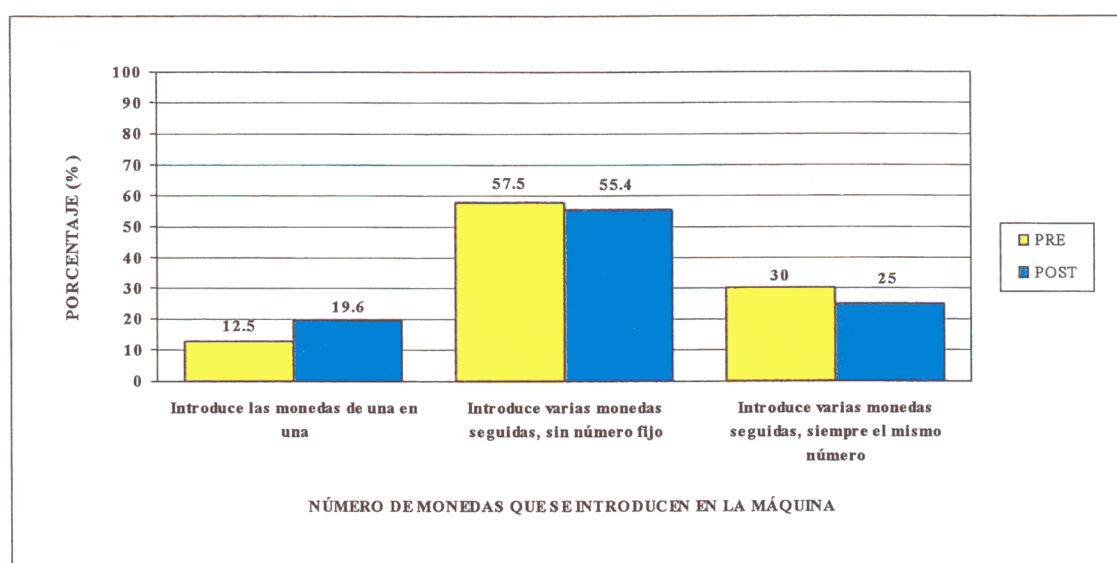


FIGURA 12.113. Número de monedas que se introducen en la máquina pre y postratamiento.

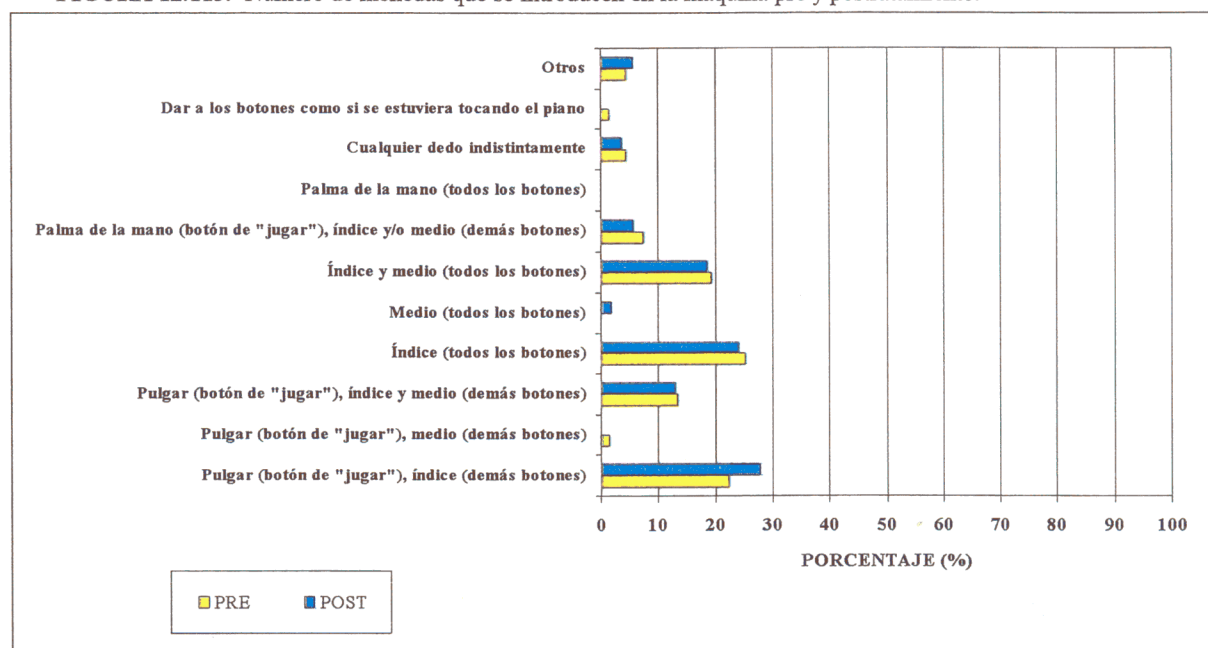


FIGURA 12.114. Dedos que se utilizan para jugar pre y postratamiento.

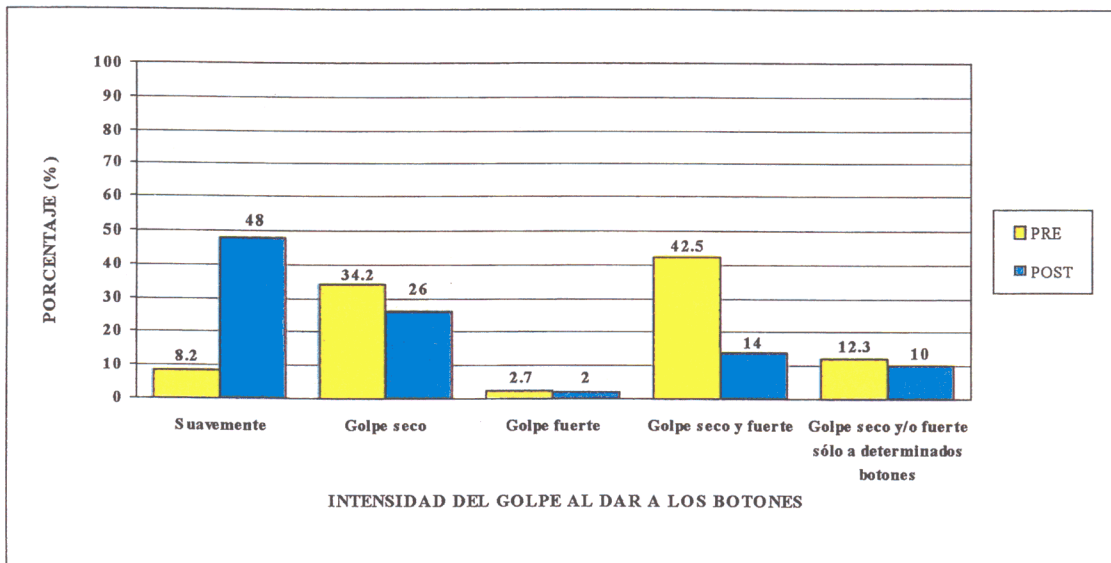


FIGURA 12.115. Intensidad del golpe al dar a los botones pre y postratamiento.

En lo que se refiere a la intensidad con la que se golpean los botones, en el postratamiento asciende el porcentaje de sujetos que da a los botones suavemente, en concreto un 48% frente a un 8.2% en el pretratamiento; un dato que se ve respaldado por el descenso de sujetos que al dar a los botones en el postratamiento lo hace con un golpe seco y/o fuerte (ver la figura 12.115.).

Sin embargo, como puede apreciarse en la Figura 12.116., el porcentaje de sujetos que, mientras está jugando, tiene por costumbre mantener monedas en la mano, ya sea de forma continuada (51.8%) o coincidiendo con los momentos previos a la conclusión de la jugada (32.9%), permanece prácticamente constante entre el pre y el postratamiento. Asimismo, el porcentaje inferior se corresponde con aquellos que durante el juego no mantienen monedas en la mano (14.3%).

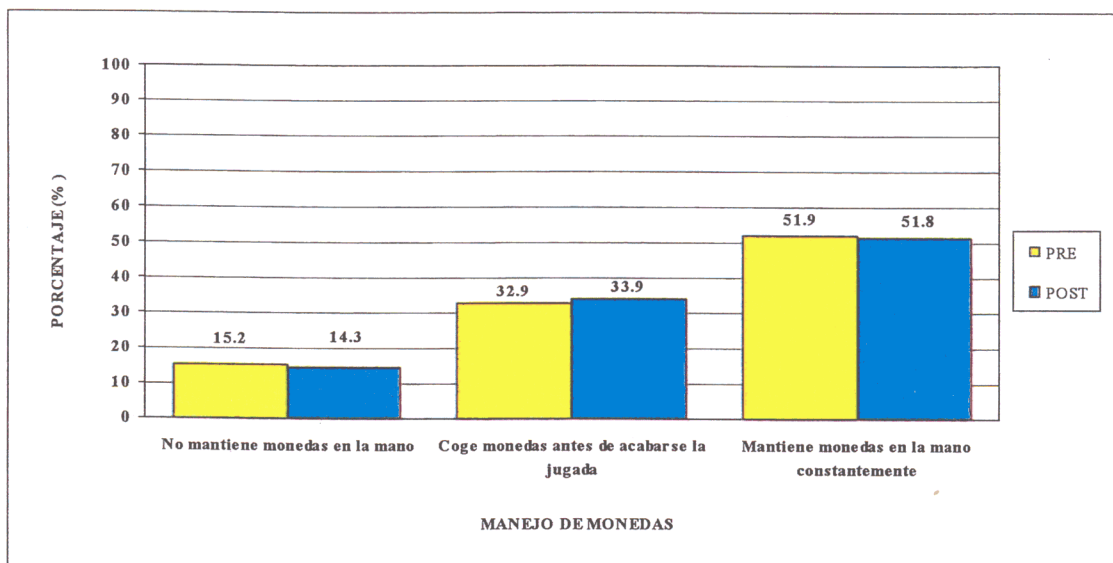


FIGURA 12.116. Manejo de monedas pre y postratamiento.

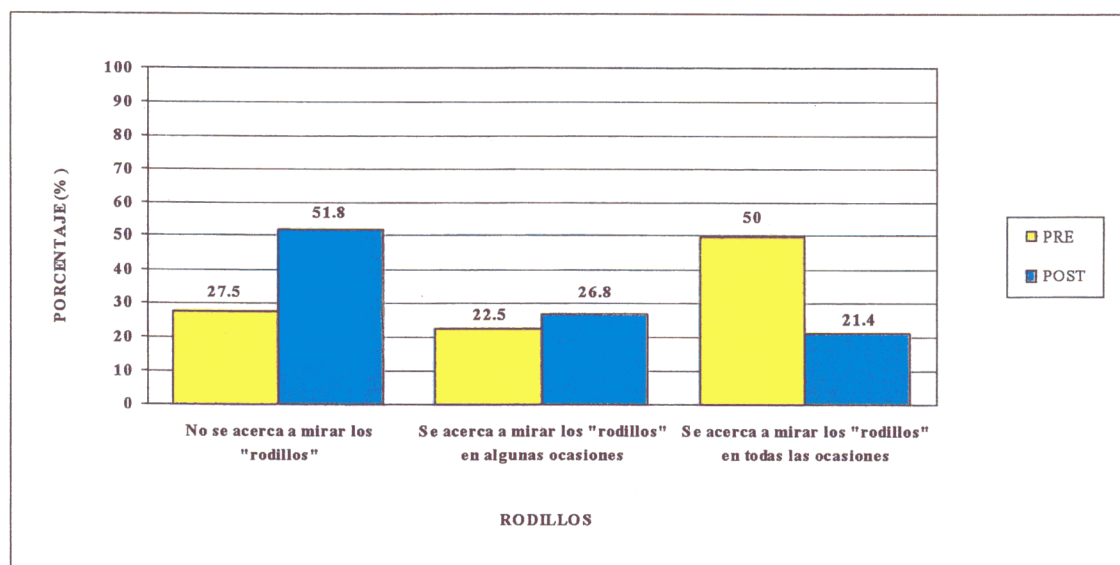


FIGURA 12.117. Acercarse a ver los rodillos pre y postratamiento.

Como se observa en la Figura 12.117., el hábito de acercarse a mirar los rodillos siempre que la máquina ofrece «avances» (ver el Cuadro 11.1. para una descripción detallada del juego) se desvanece en el postratamiento (21.4% versus 50%), incrementándose, por tanto, el porcentaje de sujetos que no emite esta conducta (51.8% frente a un 27.5% en el pretratamiento) y el de aquellos que, aunque sea de forma esporádica, siguen acercándose a mirar los rodillos (26.8% frente a un 22.5% en el pretratamiento). Afín a este dato la Figura 12.118. muestra como, en el postratamiento, un 14.3% de los sujetos no utiliza los «avances» ni los «retener»; una cifra a la que habría que añadir el 23.2% que, aunque juegan los «avances», no utilizan los «retener», así como el 1.8% que no juega al «dado». En definitiva, en el postratamiento se aprecia un descenso de conductas motoras características del período de juego pretratamiento y la aparición de otras que tienen en común la desatención a ciertas *oportunidades* que ofrece el juego.

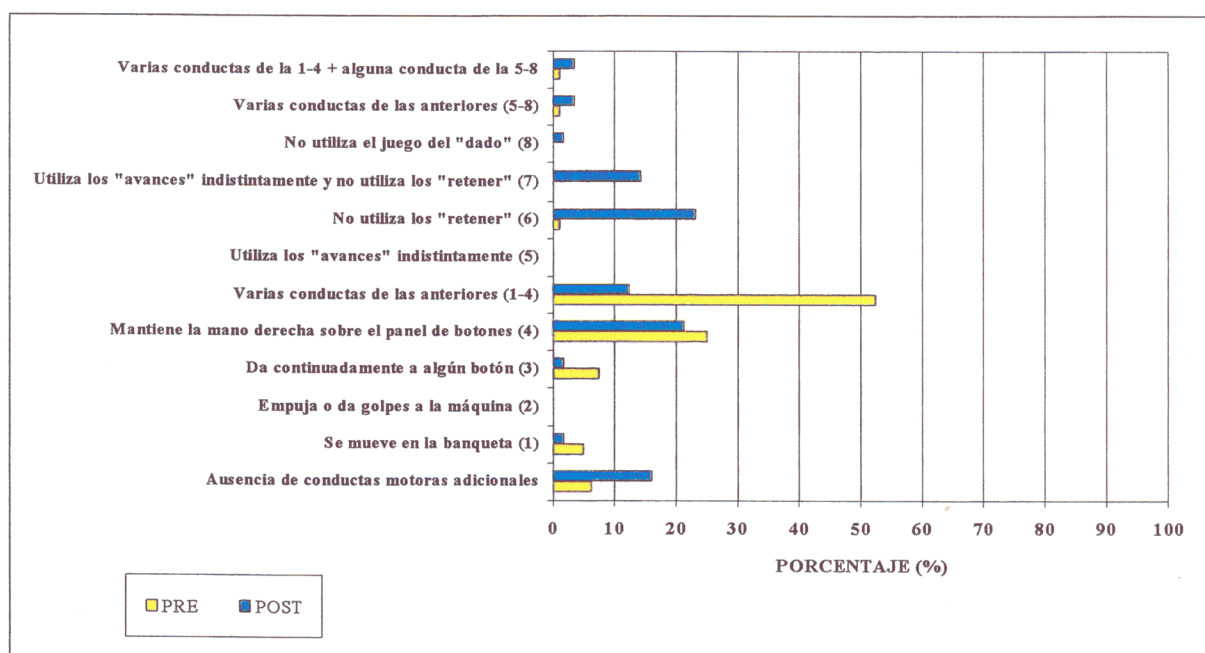


FIGURA 12.118. Otras conductas motoras pre y postratamiento.

Para el estudio de las conductas motoras referidas a (1) invertir de nuevo los premios en el juego y (2) a aceptar el dinero que les corresponde por las fichas ganadas, se ha realizado, a nivel intergrupo, un análisis *ji-cuadrado* de Pearson (χ^2) y se ha aplicado, a nivel intrasujeto, la prueba de McNemar. Este análisis estadístico queda recogido en la Tabla 12.34.

En la primera variable, que indica si los sujetos recogen monedas de los premios con objeto de invertirlas de nuevo, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en la tercera sesión de juego postratamiento, en concreto, entre el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición y aquel que incluye los mismos componentes pero aplicados en orden inverso. Como muestra la Figura 12.119., mientras que el 41.7% de los sujetos a los que se les ha aplicado el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición invierte de nuevo los premios en la máquina; ningún sujeto del grupo de exposición con sesiones cognitivas hace esa inversión en la tercera sesión de juego postratamiento. Asimismo, puede observarse cómo la tendencia en los cuatro grupos experimentales es descendente, esto es, mientras que en las tres sesiones de juego pretratamiento el porcentaje de sujetos que recoge monedas para invertirlas de nuevo en la máquina oscila entre el 45-85%, en el postratamiento este rango se sitúa entre el 0-41.7%.

Cuando el análisis de esta variable se hace a nivel intrasujeto, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las sesiones de juego pretratamiento y sus homólogas en el postratamiento; un cambio que, como se observa en la Figura 12.120., se traduce en un menor porcentaje de sujetos que invierte los premios en el postratamiento (21.4-23.2% frente a un 67.5-68.8% en el pretratamiento).

En la segunda variable, que indica si los sujetos aceptan el dinero que les corresponde por las fichas ganadas, no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales. A pesar de ello, en la Figura 12.121. se muestra la evolución de los cuatro tratamientos a lo largo de las sesiones de juego. De nuevo se aprecia una tendencia descendente que refleja la reducción de sujetos que, sobre todo en las sesiones postratamiento, se quedan con el dinero ganado; con la excepción del tratamiento de exposición cuya evolución sufre escasas diferencias entre el pre y el postratamiento, pues el porcentaje de sujetos que acepta el dinero ganado se mantiene entre el 33.3-50%.

Aunque en el análisis intrasujeto no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las distintas sesiones de juego, el porcentaje de sujetos que acepta el dinero ganado en las sesiones de juego postratamiento es menor (20.8-22.6%) que en pretratamiento (29.8-39.6%) (ver Figura 12.122.). Destaca, también, el incremento experimentado en la segunda sesión de juego pretratamiento, pues mientras que en la primera sesión el 29.8% de los sujetos acepta el dinero, un 39.6% lo hace en la segunda sesión, descendiendo de nuevo al 30.5% en la tercera sesión de juego pretratamiento.

En resumen, se puede decir que tanto la conducta de invertir los premios en la máquina como la de aceptar el dinero ganado sufren variaciones en las sesiones postratamiento con respecto al pretratamiento, cambios que se traducen en un porcentaje más reducido de sujetos que emiten estas conductas en el postratamiento. Asimismo, en todos los grupos experimentales se refleja esta reducción, aunque el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición experimenta un menor cambio en la variable recoger monedas y, por su parte, el porcentaje de sujetos que acepta el dinero ganado permanece constante en el tratamiento de exposición.

TABLA 12.34. Ji-cuadrado y McNemar: Recoger monedas y aceptar el dinero

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
RECOGER MONEDAS		
Intergrupo		
- Sesión 1 post	$\chi^2_3 = 4,771$	n.s.
- Sesión 2 post	$\chi^2_3 = 2,165$	n.s.
- Sesión 3 post:	$\chi^2_3 = 8,073^*$	p<0.045
Tratamiento cognitivo - Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición	$\chi^2_1 = 0,490$	n.s.
Tratamiento cognitivo - Tratamiento exposición	$\chi^2_1 = 0,016$	n.s.
Tratamiento cognitivo - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 5,577$	n.s.
Tratamiento cognitivo + exposición - Tratamiento exposición	$\chi^2_1 = 0,322$	n.s.
Tratamiento cognitivo + exposición - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 8,559^{**}$	p<0.003
Tratamiento exposición - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 6,036$	n.s.
Intrasujeto	McNemar	
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre		n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre		n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre		n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post		n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post		n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post		n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post	$\chi^2_1 = 24,324^{***}$	p<0.0001
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post	$\chi^2_1 = 21,806^{***}$	p<0.0001
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post	$\chi^2_1 = 23,310^{***}$	p<0.0001
ACEPTAR EL DINERO		
Intergrupo		
- Sesión 1 post	$\chi^2_3 = 6,310$	n.s.
- Sesión 2 post:	$\chi^2_3 = 7,800^*$	p<0.050
Tratamiento cognitivo - Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición	$\chi^2_1 = 2,729$	n.s.
Tratamiento cognitivo - Tratamiento exposición	$\chi^2_1 = 0,097$	n.s.
Tratamiento cognitivo - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 4,051$	n.s.
Tratamiento cognitivo + exposición - Tratamiento exposición	$\chi^2_1 = 3,556$	n.s.
Tratamiento cognitivo + exposición - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 0,045$	n.s.
Tratamiento exposición - Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	$\chi^2_1 = 5,109$	n.s.
- Sesión 3 post	$\chi^2_3 = 2,243$	n.s.
Intrasujeto	McNemar	
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 2 pre		n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 3 pre		n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 3 pre		n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 2 post		n.s.
Sesión de juego 1 post - Sesión de juego 3 post		n.s.
Sesión de juego 2 post - Sesión de juego 3 post		n.s.
Sesión de juego 1 pre - Sesión de juego 1 post		n.s.
Sesión de juego 2 pre - Sesión de juego 2 post		n.s.
Sesión de juego 3 pre - Sesión de juego 3 post		n.s.

NOTA: * Nivel de significación p<0.05

** Corrección de Bonferroni para 6 comparaciones: p<0.008

*** Corrección de Bonferroni para 9 comparaciones: p<0.005

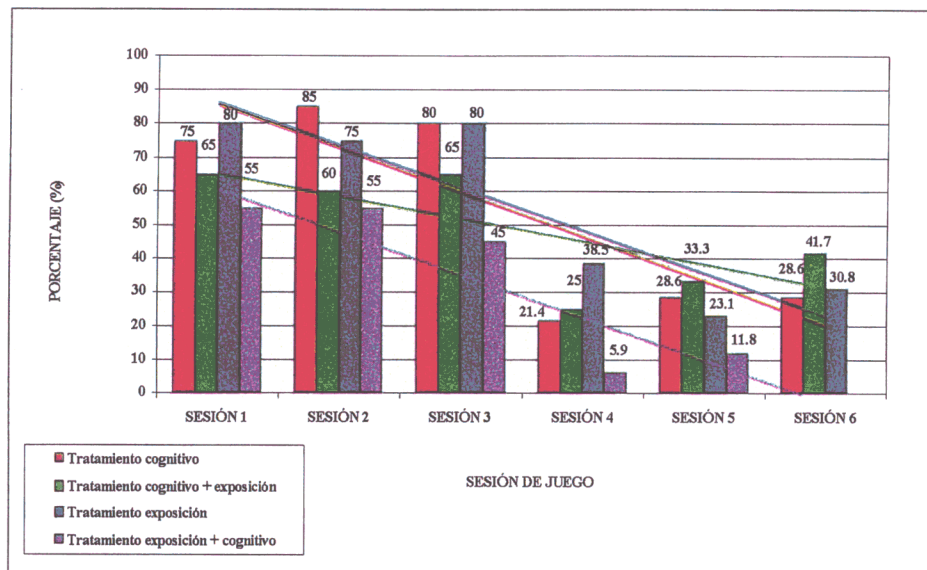


FIGURA 12.119. Recoger monedas: porcentaje de sujetos que recogen monedas en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intergrupo.

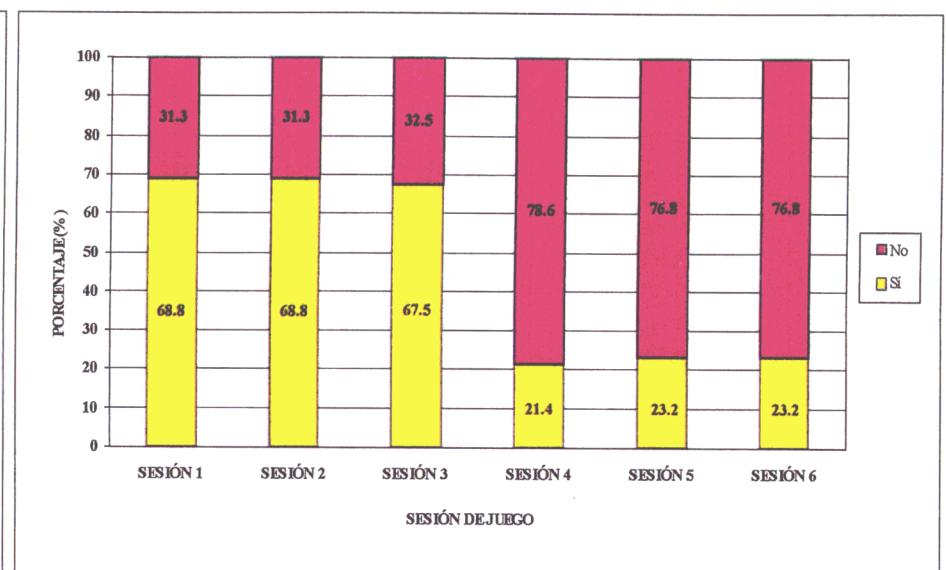


FIGURA 12.120. Recoger monedas: distribución en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intrasujeto.

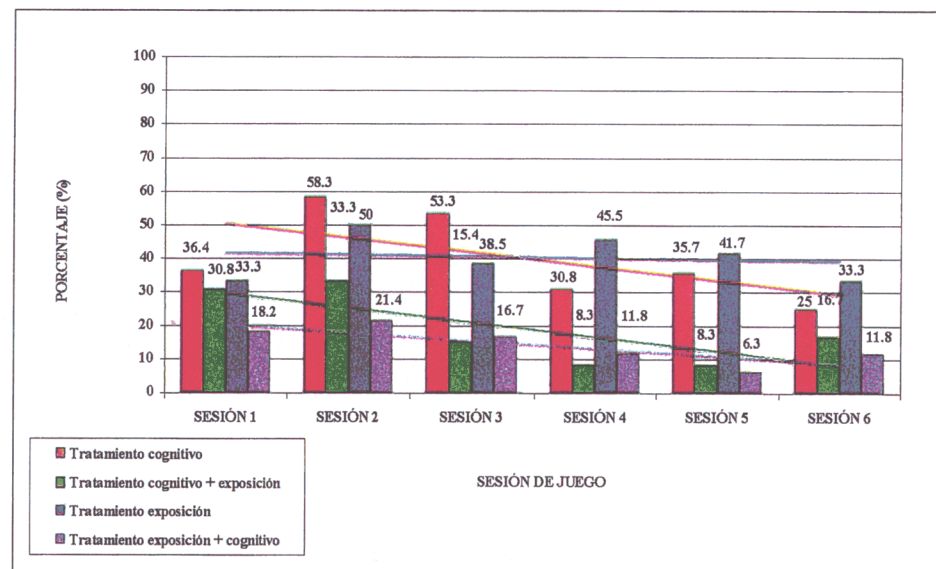


FIGURA 12.121. Aceptar el dinero: porcentaje de sujetos que aceptan el dinero en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intergrupo.

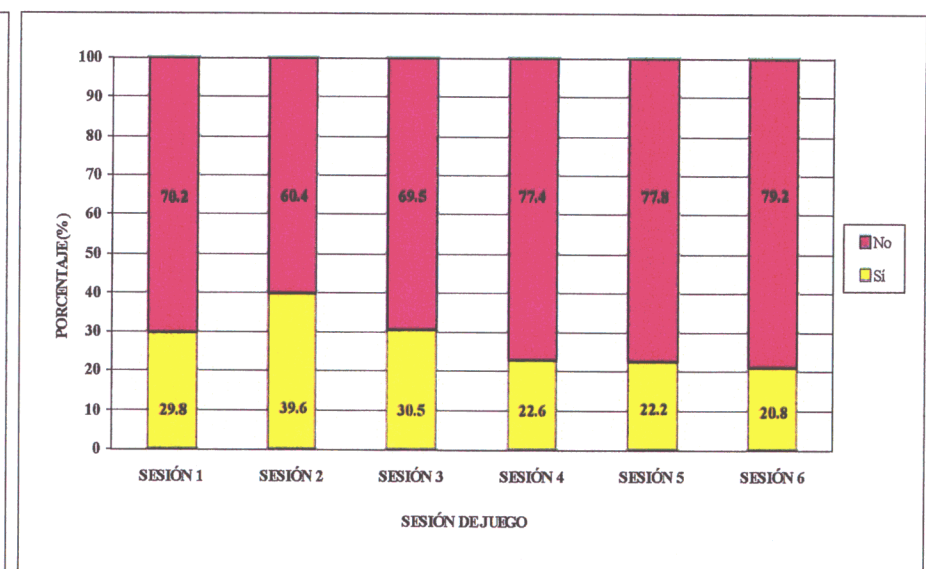


FIGURA 12.122. Aceptar el dinero: distribución en las tres sesiones de juego pre y postratamiento. Intrasujeto.

Variables de adaptación y sintomatología concomitante

En el estudio de estas variables se realiza un análisis de la varianza (ANOVA) en un diseño mixto con un factor intergrupo (cuatro niveles) y un factor intrasujeto (siete niveles). Los resultados, que se recogen en las Tablas 12.35. y 12.36., muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos; éstas sólo aparecen a nivel intrasujeto.

En el funcionamiento del sujeto evaluado con la Escala de Adaptación, las diferencias intrasujeto significativas surgen entre el pre y el postratamiento en todas las subescalas del cuestionario; pero además en aquellas que evalúan la vida social, familiar y en la escala global también surgen entre el postratamiento y el año de seguimiento, apareciendo asimismo en estas dos últimas entre el postratamiento y los seis meses de seguimiento (ver Tabla 12.35.). En la Figura 12.123. puede observarse gráficamente la evolución a lo largo de la intervención de las puntuaciones medias en las seis subescalas de este cuestionario, destacando el cambio experimentado en todas las subescalas entre el pre (donde el rango oscila entre la puntuación media de la subescala trabajo, 3.34, y la de la escala global, 4.64) y el postratamiento (donde el rango oscila entre la puntuación media de la subescala tiempo libre, 1.76, y la de la escala global, 2.20). Asimismo sobresalen dos periodos, los seis meses y el año de seguimiento, en los que las puntuaciones medias de las distintas subescalas además de mantenerse en los valores más bajos, están muy próximas entre sí. Aunque ya se ha indicado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales, en las Figuras 12.124.-12.129. se muestra la evolución de las puntuaciones en las distintas subescalas en función de la intervención aplicada; de estos datos sobresale el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas como aquel que, además de experimentar menos fluctuaciones a lo largo de las sucesivas evaluaciones, manifiesta una tendencia descendente más clara que el resto de los tratamientos y unas puntuaciones más bajas en todas las subescalas al año de seguimiento.

En la sintomatología depresiva evaluada mediante el BDI, las diferencias intrasujeto estadísticamente significativas aparecen entre el pre y el postratamiento, y entre éste y los seis y doce meses de seguimiento, así como entre los seis meses y el año de seguimiento (ver Tabla 12.36.). Como ya se ha comentado, no surgen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales, pero su evolución a lo largo de los distintos periodos de evaluación se recoge en la Figura 12.130., donde puede observarse cómo en el pretratamiento la puntuación media de los sujetos en los distintos tratamientos se localiza entre los puntos de corte que indican depresión ligera (10-15) y moderada (16-23), mientras que a partir del postratamiento en ningún tratamiento se obtiene, por término medio, una puntuación superior a 9, lo que denota ausencia de depresión. El sexto mes de seguimiento, sin superar el punto de corte establecido en el 9, es en el que aparece una mayor variabilidad entre los grupos experimentales. En la Figura 12.131. se puede apreciar la evolución intrasujeto, de la que destaca la tendencia descendente, pasando de una puntuación media de 16.62 en el pretratamiento a una puntuación media de 6.68 en el postratamiento, de 3.95 a los seis meses de seguimiento y, finalmente, reduciéndose a 2.15 al año de seguimiento.

Por último, en el estado de ansiedad medido a través del STAI (A-E), las diferencias estadísticamente significativas a nivel intrasujeto se manifiestan entre los periodos pre y postratamiento, y entre éste último y el año de seguimiento (ver Tabla 12.36.). En la Figura 12.132. puede observarse la evolución de cada tratamiento en esta variable y en la Figura 12.133. su evolución intrasujeto. Del análisis de ambas gráficas pueden extraerse dos datos, el primero haría referencia al hecho de que a partir del postratamiento las puntuaciones medias de los sujetos no superan el percentil 50 (baremo de adultos), y el segundo destacaría la mayor variabilidad que se produce entre los tratamientos a partir del sexto mes de seguimiento.

TABLA 12.35. ANOVA: Escala de Adaptación

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
ESCALA DE ADAPTACIÓN: TRABAJO		
Intergrupo	$F_{(10.33, 75.78)} = 0,560^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(3.44, 75.78)} = 10,412^{**\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{51} = -5,598^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{38} = -1,347$	n.s.
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{30} = -2,207$	n.s.
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{30} = -0,296$	n.s.
ESCALA DE ADAPTACIÓN: VIDA SOCIAL		
Intergrupo	$F_{(18.00, 150.00)} = 1,018^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(6.00, 150.00)} = 25,551^{**\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{55} = -7,765^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{41} = -1,840$	n.s.
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -3,182^{**}$	$p < 0.003$
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = -1,366$	n.s.
ESCALA DE ADAPTACIÓN: TIEMPO LIBRE		
Intergrupo	$F_{(15.34, 127.83)} = 1,047^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(5.11, 127.83)} = 19,031^{**\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{55} = -8,260^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{41} = -1,973$	n.s.
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -2,285$	n.s.
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = 0,219$	n.s.
ESCALA DE ADAPTACIÓN: RELACIÓN DE PAREJA		
Intergrupo	$F_{(3.75, 77.83)} = 0,969^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(4.58, 77.83)} = 23,412^{**\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{46} = -8,199^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{36} = -1,608$	n.s.
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{29} = -2,306$	n.s.
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{30} = -0,088$	n.s.
ESCALA DE ADAPTACIÓN: VIDA FAMILIAR		
Intergrupo	$F_{(16.37, 130.98)} = 1,685^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(5.46, 130.98)} = 27,408^{**\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{55} = -11,389^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{41} = -3,248^{**}$	$p < 0.002$
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -3,424^{**}$	$p < 0.002$
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = 0,394$	n.s.
ESCALA DE ADAPTACIÓN: ESCALA GLOBAL		
Intergrupo	$F_{(17.49, 139.92)} = 1,046^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(5.83, 139.92)} = 65,023^{**\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{55} = -14,905^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{41} = -3,239^{**}$	$p < 0.002$
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -4,251^{**}$	$p < 0.0001$
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = -0,902$	n.s.

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Corrección de Bonferroni para 4 comparaciones: $p < 0.01$ [†] Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

TABLA 12.36. ANOVA: BDI y STAI (A-E)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)		
Intergrupo	$F_{(8.61, 71.76)} = 1,036^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(2.87, 71.76)} = 27,885^{*\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{35} = -7,277^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{41} = -2,707^{**}$	$p < 0.010$
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -5,117^{**}$	$p < 0.0001$
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = -2,939^{**}$	$p < 0.006$
CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI.A-E)		
Intergrupo	$F_{(15.49, 129.06)} = 0,892^{\dagger}$	n.s.
Intrasujeto	$F_{(5.16, 129.06)} = 19,515^{*\dagger}$	$p < 0.0001$
Comparaciones intrasujeto:		
Pre - Post	$t_{34} = -7,341^{**}$	$p < 0.0001$
Post - Seguimiento 6º mes	$t_{41} = -1,467$	n.s.
Post - Seguimiento 12º mes	$t_{33} = -4,209^{**}$	$p < 0.0001$
Seguimiento 6º mes - Seguimiento 12º mes	$t_{32} = -1,935$	n.s.

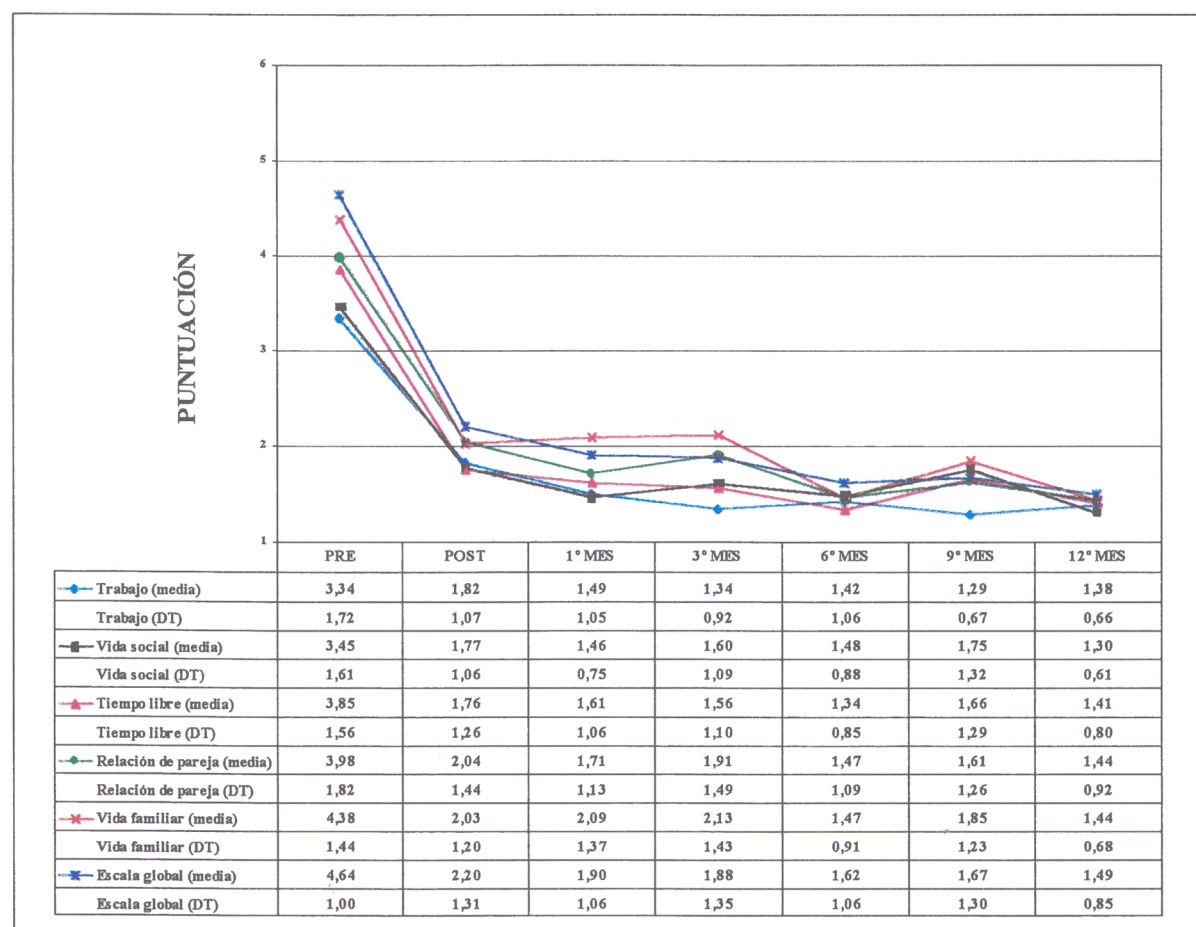
NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Corrección de Bonferroni para 4 comparaciones: $p < 0.01$ † Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

FIGURA 12.123. Puntuaciones en la Escala de Adaptación (media y desviación típica (DT)): intrasujeto.

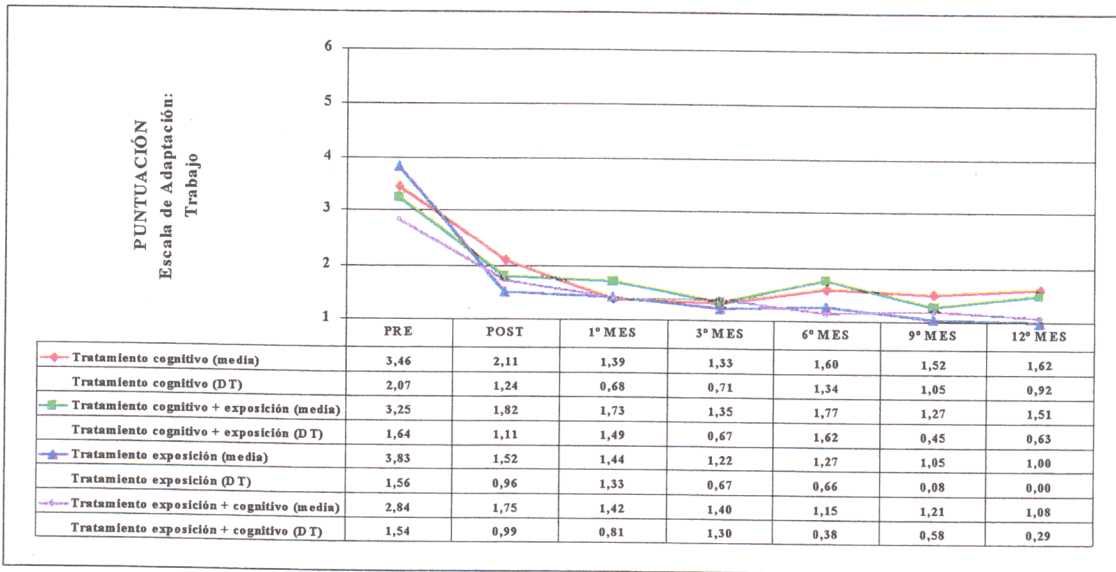


FIGURA 12.124. Puntuación en la Escala de Adaptación (Trabajo) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

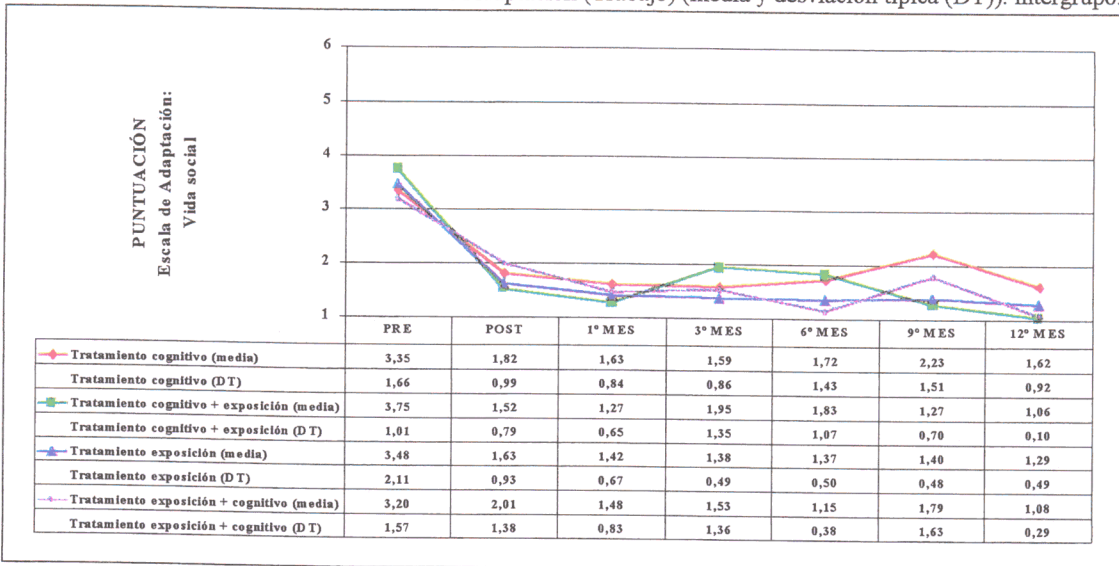


FIGURA 12.125. Puntuación en la Escala de Adaptación (Vida social) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

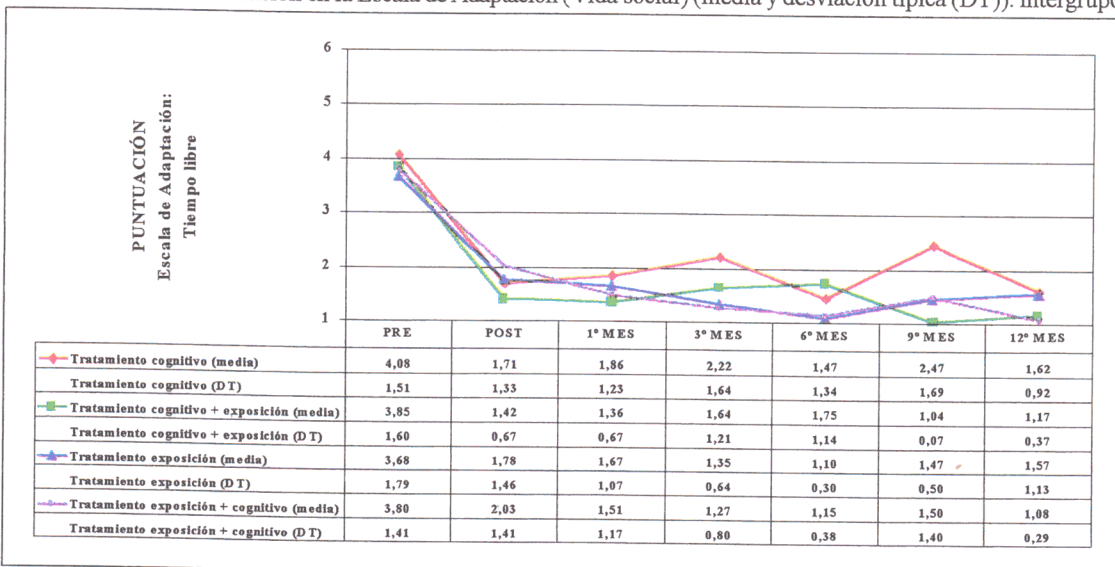


FIGURA 12.126. Puntuación en la Escala de Adaptación (Tiempo libre) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

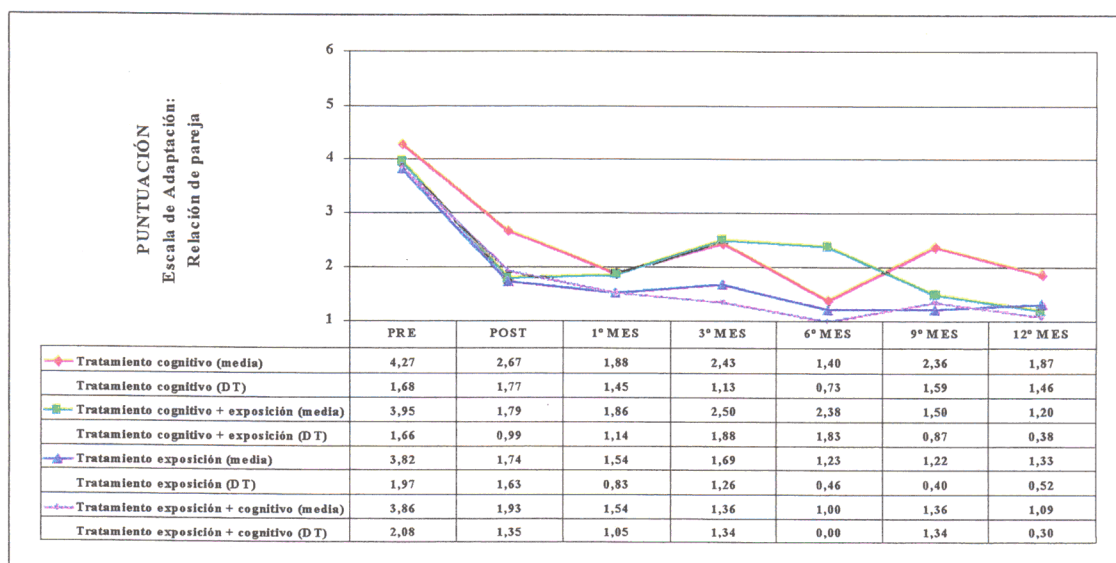


FIGURA 12.127. Puntuación en la Escala de Adaptación (Relación de pareja) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

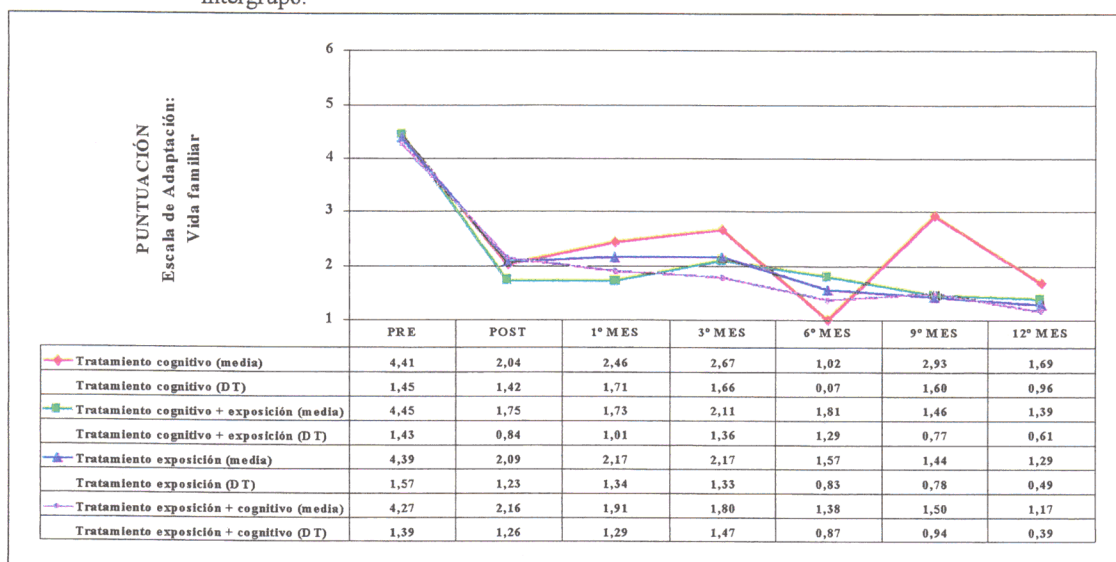


FIGURA 12.128. Puntuación en la Escala de Adaptación (Vida familiar) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

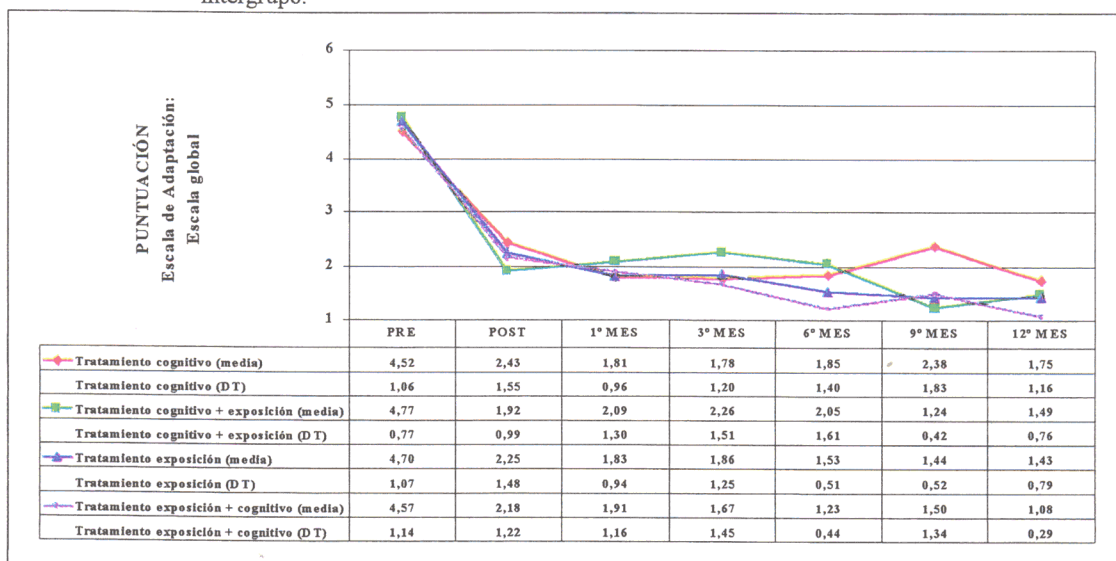


FIGURA 12.129. Puntuación en la Escala de Adaptación (Escala global) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

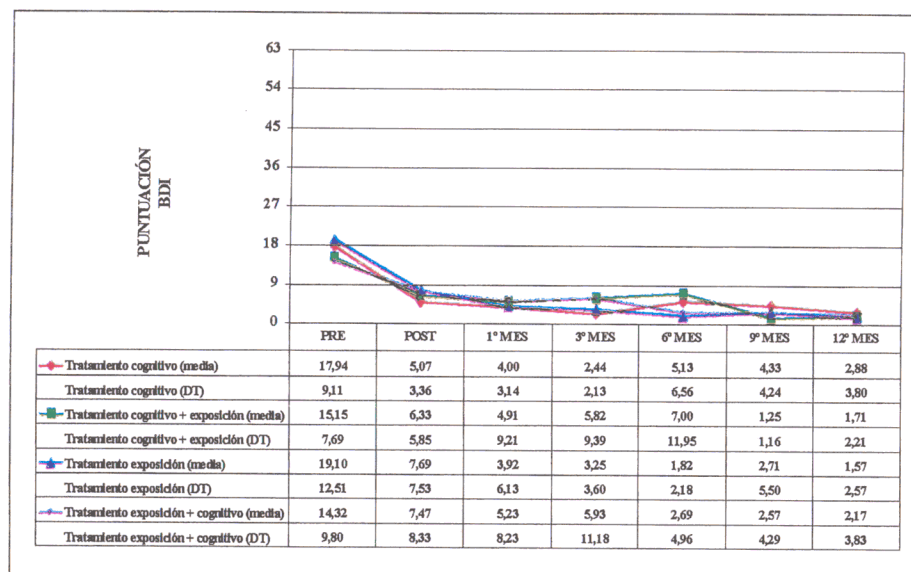


FIGURA 12.130. Puntuación en el BDI (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

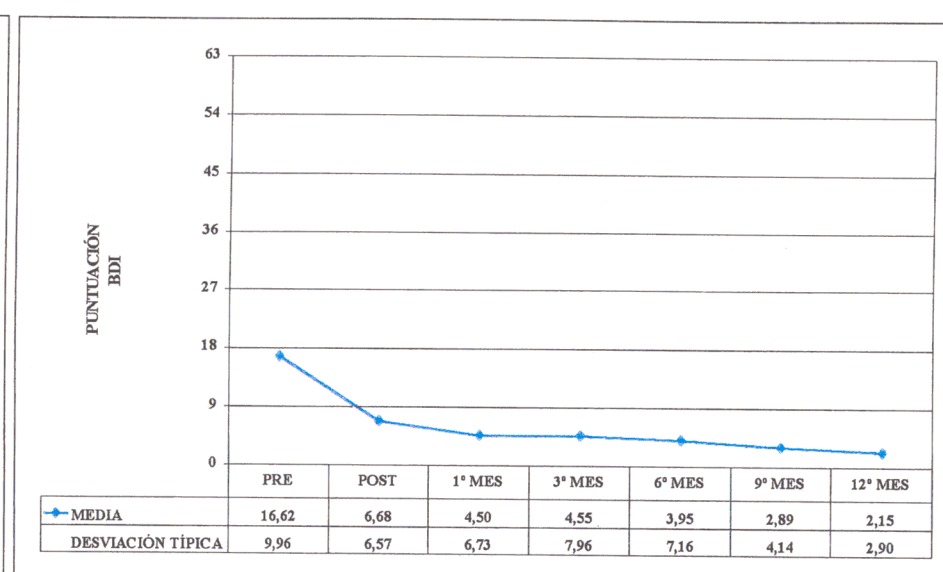


FIGURA 12.131. Puntuación en el BDI (media y desviación típica (DT)): intrasujeto.

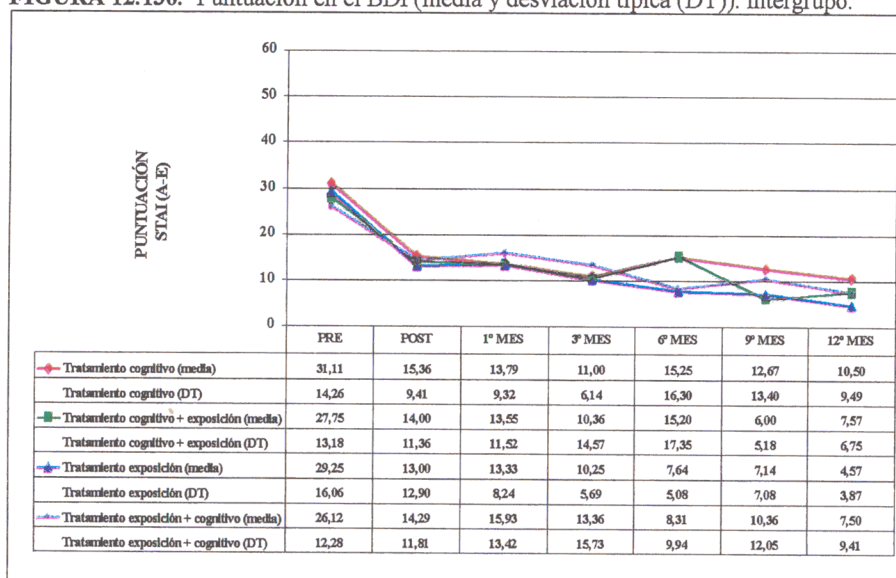


FIGURA 12.132. Puntuación en el STAI (A-E) (media y desviación típica (DT)): intergrupo.

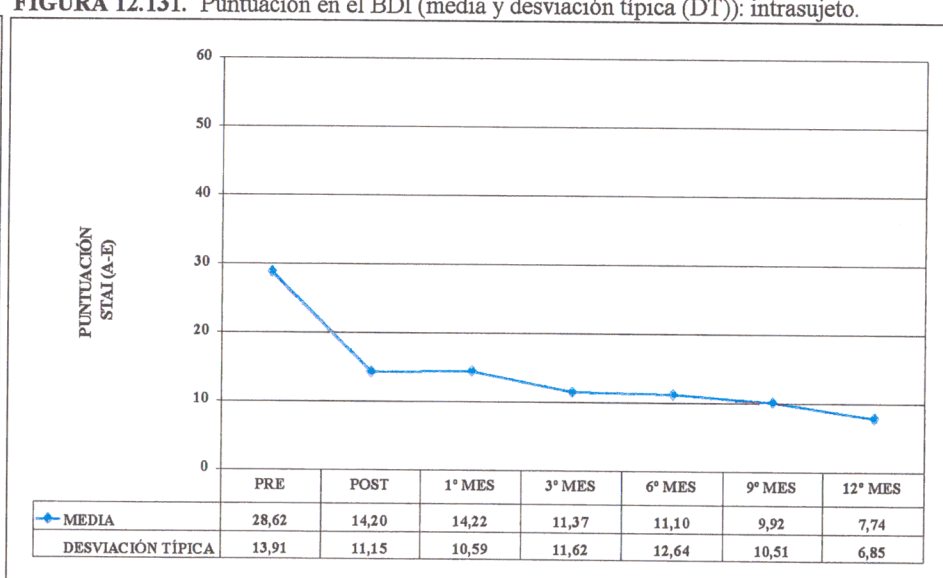


FIGURA 12.133. Puntuación en el STAI (A-E) (media y desviación típica (DT)): intrasujeto.

12.2.3. Estudio de factores predictores

Para la extracción de factores predictores se realiza una regresión logística considerando tres variables dependientes, a saber: resultado final (éxito/fracaso del tratamiento), abandono en algún momento del tratamiento o seguimiento (sí/no) y mentir sobre la conducta de juego a lo largo de la intervención (sí/no). Aunque se han detectado algunos factores predictores, conviene destacar que, en algunos casos, el porcentaje de individuos correctamente clasificados no alcanza el 80%, disminuyendo, por tanto, la efectividad del modelo.

El estudio de factores predictores de éxito/fracaso del tratamiento al año de seguimiento ha detectado los siguientes:

- Edad. En los sujetos mayores de 30 años la probabilidad de que el tratamiento fracasase se estima 0.19 veces superior que en los sujetos con edades que no superan los 30 años.
- Grupo experimental. La probabilidad de que la intervención fracasase cuando se aplica el tratamiento cognitivo es 14.73 veces superior que al aplicar el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas; en el caso del tratamiento cognitivo con sesiones de exposición se estima en 6.54 y, por último, en el tratamiento de exposición en 2.26. Un resultado que corrobora las diferencias encontradas a favor del tratamiento de exposición con sesiones cognitivas al realizar la prueba *ji-cuadrado* de Pearson.
- Comportamiento. La probabilidad de que el tratamiento fracasase cuando los sujetos llegan tarde a consulta o faltan injustificadamente se estima 0.02 veces superior que en aquellos sujetos cuyo comportamiento de asistencia a consulta es el adecuado.

Incluidas estas tres variables en el modelo, queda correctamente clasificado el 80% de los individuos, siendo más preciso en la predicción del fracaso (89.47%) que del éxito (56.52%). Si se extrae del modelo la variable edad, de nuevo queda correctamente clasificado el 80% de los sujetos, descendiendo la predicción del fracaso al 84.21%, pero la predicción del éxito mejora al alcanzar el 69.57%.

- Escala de Adaptación postratamiento, subescala trabajo. Cuanto mayor sea la puntuación postratamiento obtenida en la subescala trabajo, mayor es la probabilidad, 5.67 veces superior, de que fracasase el tratamiento.
- Escala de Adaptación postratamiento, subescala vida social. Cuanto mayor sea la puntuación postratamiento obtenida en la subescala vida social, mayor es la probabilidad, 0.42 veces superior, de que fracasase el tratamiento.

Incluyendo las dos variables en el modelo se clasifica el 64.58% de los individuos, siendo, en este caso, más preciso en la predicción del éxito (80%) que del fracaso (53.57%). Sin embargo, cuando el modelo incorpora exclusivamente la subescala trabajo, queda clasificado el 68.75% de los sujetos, ascendiendo al 75% la predicción de éxito y a un 64.29% la del fracaso.

- Escala de Adaptación 6º mes de seguimiento, subescala trabajo. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en la subescala trabajo a los seis meses de haber concluido el tratamiento, mayor es la probabilidad, 5.07 veces superior, de que éste fracasase.
- Escala de Adaptación 6º mes de seguimiento, subescala relación de pareja. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en la subescala relación de pareja a los seis meses de haber concluido el tratamiento, mayor es la probabilidad, 8.18 veces superior, de que éste fracasase.

Con estas dos variables el modelo clasifica correctamente al 75% de los sujetos, siendo, como en el caso anterior, más preciso en la predicción del éxito (90.91%) que del fracaso (55.56%).

- ▷ STAI-E 6º mes de seguimiento. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en el cuestionario STAI-E aplicado a los seis meses de seguimiento, mayor es la probabilidad, 1.09 veces superior, de que fracase el tratamiento.

Con esta variable el modelo clasifica correctamente al 69.05% de los individuos, acertando en la predicción del éxito en un 91.30% de los casos y en un 42.11% cuando se trata del fracaso.

- ▷ Tasa de producción de frases irracionales, 2ª sesión de juego postratamiento. Cuanto mayor sea la tasa de producción de frases irracionales alcanzada en la segunda sesión de juego postratamiento, mayor es la probabilidad de que el tratamiento fracase, estimándose en un ratio de 0.0057.

En este caso el modelo clasifica correctamente al 73.68%, con mayor acierto en el fracaso (92%) que en el éxito (38.46%).

- ▷ Escala tipo Likert: Probabilidad subjetiva de ganar (%), 1ª sesión de juego postratamiento. Cuanto mayor sean las posibilidades de ganar estimadas por los sujetos, en la primera sesión de juego postratamiento, mayor es la probabilidad, 1.04 veces superior, de que el tratamiento fracase.

Con esta variable el modelo clasifica correctamente al 60.71% de los individuos, con un porcentaje de acierto del 47.83% en la predicción del éxito y del 69.70% en el caso del fracaso.

En el estudio del abandono del tratamiento o seguimiento se han detectado los siguientes factores predictores:

- ▷ Número de síntomas de juego patológico. A mayor número de síntomas mayor es la probabilidad de abandonar en algún momento dado de la intervención, en concreto, 1.54 veces superior.
- ▷ Comportamiento. La probabilidad de que se produzca un abandono cuando los sujetos llegan tarde a consulta o faltan injustificadamente se estima 0.12 veces superior que en aquellos sujetos cuyo comportamiento de asistencia a consulta es el adecuado.

Incluyendo las dos variables en el modelo, queda correctamente clasificado el 71.25% de los sujetos, con una predicción acertada del no-abandono en el 75% de los casos y del abandono en el 68.18%.

- ▷ Escala de Adaptación pretratamiento, subescala trabajo. Cuanto mayor sea la puntuación pretratamiento obtenida en la subescala trabajo, mayor es la probabilidad, 1.38 veces superior, de que el sujeto abandone a lo largo del tratamiento o seguimiento.

Con esta variable el modelo clasifica correctamente al 60.87% de los sujetos, siendo más preciso en la predicción del abandono (76.32%) que del no-abandono (41.94%).

- ▷ Escala de Adaptación 6º mes de seguimiento, subescala vida familiar. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en la subescala vida familiar a los seis meses de haber concluido el tratamiento, mayor es la probabilidad, 2.62 veces superior, de que el sujeto abandone.

Con esta variable el modelo clasifica correctamente al 82.50% de los sujetos, siendo, en este caso, más preciso en la predicción del no-abandono (96.97%) que del abandono (14.29%).

El estudio de factores predictores de la conducta de mentir u ocultar información sobre episodios de juego a lo largo de la intervención ha detectado los siguientes:

- Coterapeuta. Si el paciente va acompañado a consulta se incrementa la probabilidad en 0.14 de que el sujeto mienta sobre su conducta de juego.
- Número de recaídas. A mayor número de recaídas mayor es la probabilidad de que se esté mintiendo sobre la propia conducta de juego; en concreto, 1.51.

Incluyendo las dos variables en el modelo, queda correctamente clasificado el 72.50% de los sujetos, con una predicción acertada que alcanza al 94.83% de los sujetos que no engañan, descendiendo a un 13.64% en el caso de aquellos que manifiestan la conducta de mentir.

- Escala de Adaptación pretratamiento, subescala trabajo. Cuanto mayor sea la puntuación pretratamiento obtenida en la subescala trabajo, mayor es la probabilidad, 2.57 veces superior, de que el sujeto esté mintiendo acerca de su conducta de juego.
- Escala de Adaptación pretratamiento, subescala vida social. Cuanto mayor sea la puntuación pretratamiento obtenida en la subescala vida social, mayor es la probabilidad, 0.45 veces superior, de que el sujeto esté mintiendo acerca de su conducta de juego.
- Escala de Adaptación pretratamiento, subescala tiempo libre. Cuanto mayor sea la puntuación pretratamiento obtenida en la subescala tiempo libre, mayor es la probabilidad, 0.50 veces superior, de que el sujeto esté mintiendo acerca de su conducta de juego.
- Escala de Adaptación pretratamiento, subescala vida familiar. Cuanto mayor sea la puntuación pretratamiento obtenida en la subescala vida familiar, mayor es la probabilidad, 2.03 veces superior, de que el sujeto esté mintiendo acerca de su conducta de juego.

Incluidas estas cuatro variables en el modelo, queda correctamente clasificado el 81.16% de los individuos, siendo más preciso en la predicción de los sujetos que no engañan (91.84%) que de aquellos que mienten sobre su conducta de juego (55%).

- Escala de Adaptación 6º mes de seguimiento, subescala relación de pareja. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en la subescala relación de pareja a los seis meses de haber concluido el tratamiento, mayor es la probabilidad, 1.83 veces superior, de que el sujeto esté mintiendo.

Con esta variable el modelo clasifica correctamente al 82.50% de los individuos, con un porcentaje de acierto del 96.88% en la predicción de los sujetos que no engañan y del 25% en el caso de aquellos que mienten.

- Inventario de Pensamientos (Factor 3), pretratamiento. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en el Factor 3 (predicción de resultados) del Inventario de Pensamientos aplicado en la fase pretratamiento, mayor es la probabilidad, 1.10 veces superior, de que el sujeto engañe sobre su conducta de juego a lo largo de la intervención.

En este caso el modelo clasifica correctamente al 81.58%, con un acierto del 100% en los sujetos que no engañan y descendiendo a un 12.50% en la predicción de los sujetos que mienten sobre su conducta de juego a lo largo de la intervención.

En las Tablas 12.37.-12.40. quedan recogidos, a modo de resumen, los principales resultados de los estudios sobre la eficacia del tratamiento y la identificación de factores predictores.

TABLA 12.37. Resumen del estudio de la eficacia del tratamiento

VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA	CONTRASTE INTERGRUPO	CONTRASTE INTRASUJETO
<p>RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN</p> <p>• Resultado final</p>	<i>Ji-cuadrado de Pearson</i>	<p>Existen diferencias estadísticamente significativas entre:</p> <p>→ El tratamiento de exposición + sesiones cognitivas y el tratamiento cognitivo.</p> <p>→ El tratamiento de exposición + sesiones cognitivas y el tratamiento cognitivo + sesiones de exposición.</p> <p>Porcentaje de éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 15%. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 15%. ◦ Tratamiento exposición = 30%. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 55%. 	<p>Porcentaje de éxito = 28.8%.</p> <p>Porcentaje de fracaso = 71.2%.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abandono del tratamiento = 31.6%. - Expulsión del tratamiento = 8.8%. - Recaída al finalizar el tratamiento = 15.8%. - Abandono durante el seguimiento = 5.3%. - Recaída + abandono en el seguimiento = 8.8%. - Ha seguido jugando y se descubre/confirmo en el seguimiento = 14%. - Se sospecha que juega pero sin datos objetivos = 8.8%. - Expulsión del seguimiento por mentir a lo largo del mismo = 7%.
<p>• Seguimiento (1, 3, 6, 9 y 12 meses)</p>	<i>Ji-cuadrado de Pearson</i> Prueba de McNemar	<p>No existen diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>Porcentaje de abstinencia (+ caídas) (1, 3, 6, 9 y 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 85.7%, 70%, 55.6%, 66.7% y 62.5%. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 90.9%, 81.8%, 80%, 66.7% y 66.7%. ◦ Tratamiento exposición = 83.3%, 83.3%, 90.9%, 100% y 87.5%. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 86.7%, 100%, 85.7%, 92.9% y 90.9%. 	<p>No existen diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>Porcentaje de abstinencia (+ caídas):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 1^{er} mes = 86.5%. ◦ 3^{er} mes = 85.4%. ◦ 6^{er} mes = 79.6%. ◦ 9^{er} mes = 82.1%. ◦ 12^{er} mes = 78.8%.
<p>• Adherencia al tratamiento</p> <p>- Abandono</p>	<i>Ji-cuadrado de Pearson</i> Análisis de supervivencia (Prueba de Wilcoxon)	<p>No existen diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>Porcentaje de abandono (+ expulsiones):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 55%. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 65%. ◦ Tratamiento exposición = 65%. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 35%. <p>Sesiones del tratamiento en las que existe riesgo de abandono (en orden descendente):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 5^a, 2^a, 1^a y 3^a. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 7^a, 5^a, 4^a y 2^a. ◦ Tratamiento exposición = 5^a, 6^a, 8^a y 1^a. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 3^a y 1^a. <p>Sesiones del seguimiento en las que existe riesgo de abandono (en orden descendente):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 14^a y 15^a. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 17^a, 16^a, 15^a y 13^a. ◦ Tratamiento exposición = 16^a, 17^a, 15^a y 14^a. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 15^a, 14^a y 13^a. 	<p>Sesiones del tratamiento en las que existe riesgo de abandono (en orden descendente): 5^a, 7^a, 6^a, 2^a, 1^a, 3^a, 8^a y 4^a.</p> <p>Sesiones del seguimiento en las que existe riesgo de abandono (en orden descendente): 15^a, 14^a, 16^a y 17^a y 13^a.</p>

TABLA 12.37. Resumen del estudio de la eficacia del tratamiento (continuación)

VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA	CONTRASTE INTERGRUPO	CONTRASTE INTRASUJETO
- Comportamiento	<i>Ji-cuadrado de Pearson</i>	No existen diferencias estadísticamente significativas. Porcentaje de comportamiento de asistencia a consulta adecuado: <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento cognitivo = 65%. Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 50%. Tratamiento exposición = 55%. Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 70%. 	Porcentaje de comportamiento de asistencia a consulta adecuado = 60%.
CONDUCTA DE JUEGO EN LAS MÁQUINAS RECREATIVAS CON PREMIO <ul style="list-style-type: none"> Parámetros de la conducta de juego (Frecuencia, intensidad y duración) Riesgo de jugar 	Prueba <i>t</i> Análisis de supervivencia (Prueba de Wilcoxon)	No existen diferencias estadísticamente significativas. Sesiones del tratamiento en las que existe riesgo de jugar (en orden descendente): <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento cognitivo = 2ª, 1ª, 5ª, 4ª y 3ª. Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 3ª, 1ª, 5ª, 4ª y 2ª. Tratamiento exposición = 1ª, 7ª, 6ª y 2ª. Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 1ª, 2ª, 11ª, 4ª y 3ª. Sesiones del seguimiento en las que existe riesgo de jugar (en orden descendente): <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento cognitivo = 16ª, 15ª, 14ª y 13ª. Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 17ª y 15ª. Tratamiento exposición = 14ª, 17ª y 13ª. Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 14ª. 	Existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento, siendo menor el valor de los tres parámetros post. Sesiones del tratamiento en las que existe riesgo de jugar (en orden descendente): 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 7ª, 6ª, 5ª y 11ª. Sesiones del seguimiento en las que existe riesgo de jugar (en orden descendente): 14ª, 15ª, 17ª, 13ª y 16ª.
ACTIVACIÓN PSICOFISIOLÓGICA <ul style="list-style-type: none"> Registro psicofisiológico - Respuesta electrodérmica (SCL) Tasa cardíaca (HR) 	ANOVA Prueba <i>t</i>	En cada grupo experimental: <ul style="list-style-type: none"> Existen diferencias estadísticamente significativas en SCL y HR entre el periodo de juego y la línea-base en todas las sesiones de evaluación psicofisiológica pre y postratamiento: mayor activación en el periodo de juego. No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en SCL y HR (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base) entre las sesiones psicofisiológicas pre y sus homólogas en el postratamiento. No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en SCL y HR (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base) entre los grupos experimentales.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El periodo de juego y la línea-base en todas las sesiones de evaluación psicofisiológica pre y postratamiento: mayor activación en el periodo de juego. → La sesión psicofisiológica 2 post y la sesión psicofisiológica 3 post en el cambio en SCL (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base): mayor activación en la sesión psicofisiológica 3 postratamiento. Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El periodo de juego y la línea-base en todas las sesiones de evaluación psicofisiológica pre y postratamiento: mayor activación en el periodo de juego. No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en HR (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base).

TABLA 12.37. Resumen del estudio de la eficacia del tratamiento (continuación)

VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA	CONTRASTE INTERGRUPO	CONTRASTE INTRASUJETO
<ul style="list-style-type: none"> • Método de autoinforme - Estado de ánimo durante el juego 	ANOVA Prueba <i>t</i>	No existen diferencias estadísticamente significativas.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → La sesión psicofisiológica 1 pre y la sesión psicofisiológica 1 post. → La sesión psicofisiológica 2 pre y la sesión psicofisiológica 2 post. → La sesión psicofisiológica 3 pre y la sesión psicofisiológica 3 post. En los tres casos, en las sesiones psicofisiológicas pretratamiento la puntuación media se sitúa en <i>normal</i> , mientras que en las sesiones psicofisiológicas postratamiento está más próxima a la <i>relajación</i> .
<ul style="list-style-type: none"> - Sensación que provoca el estado de ánimo 		No existen diferencias estadísticamente significativas.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → La sesión psicofisiológica 1 pre y la sesión psicofisiológica 1 post. → La sesión psicofisiológica 2 pre y la sesión psicofisiológica 2 post. → La sesión psicofisiológica 3 pre y la sesión psicofisiológica 3 post. En los tres casos, en las sesiones psicofisiológicas pretratamiento la puntuación media se sitúa en <i>neutra</i> , mientras que en las sesiones psicofisiológicas postratamiento aparece entre <i>neutra</i> y <i>desagradable</i> .
DISTORSIONES COGNITIVAS			
<ul style="list-style-type: none"> • Método observacional - Tasa de producción de frases irracionales 	ANOVA Prueba <i>t</i>	En cada grupo experimental existen diferencias estadísticamente significativas entre las sesiones de juego pre y postratamiento siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición = ninguna. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 1, 2 y 3. No existen diferencias estadísticamente significativas intergrupo.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → La sesión de juego 1 pre y la sesión de juego 1 post. → La sesión de juego 2 pre y la sesión de juego 2 post. → La sesión de juego 3 pre y la sesión de juego 3 post. En los tres casos, en las sesiones de juego postratamiento la tasa de producción de frases irracionales es menor.
<ul style="list-style-type: none"> - Tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias 		En cada grupo experimental existen diferencias estadísticamente significativas entre las sesiones de juego pre y postratamiento siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 1 y 2. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición = ninguna. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 1, 2 y 3. No existen diferencias estadísticamente significativas intergrupo.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → La sesión de juego 1 pre y la sesión de juego 1 post. → La sesión de juego 2 pre y la sesión de juego 2 post. → La sesión de juego 3 pre y la sesión de juego 3 post. En los tres casos, en las sesiones de juego postratamiento la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias es menor.
<ul style="list-style-type: none"> • Método de autoinforme - Inventario de pensamientos 	ANOVA Prueba <i>t</i>	En cada grupo experimental existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en los factores pre y postratamiento siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = Factores 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = Factores 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición = Factores 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = Factores 1, 2 y 3. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales.	Existen diferencias estadísticamente significativas: → En el Factor 1 entre el pre y el postratamiento; y el postratamiento y el seguimiento a los seis meses. → En el Factor 2 entre el pre y el postratamiento; el postratamiento y el seguimiento a los seis meses; y el postratamiento y el año de seguimiento. → En el Factor 3 entre el pre y el postratamiento; el postratamiento y el seguimiento a los seis meses; y el postratamiento y el año de seguimiento. En dichas comparaciones el período de evaluación más avanzado es el que tiene una puntuación menor en los Factores.

TABLA 12.37. Resumen del estudio de la eficacia del tratamiento (continuación)

VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA	CONTRASTE INTERGRUPO	CONTRASTE INTRASUJETO
<p>- Escalas tipo Likert</p> <p>Probabilidad subjetiva de ganar</p> <p>Porcentaje de los resultados atribuido al azar</p> <p>Porcentaje de los resultados atribuido a la suerte</p> <p>Porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad</p>	ANOVA Prueba <i>t</i>	<p>En cada grupo experimental existen diferencias estadísticamente significativas entre las sesiones de juego pre y postratamiento siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 1, 2 y 3. <p>No existen diferencias estadísticamente significativas intergrupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 3. ◦ Tratamiento exposición = ninguna. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 1, 2 y 3. <p>No existen diferencias estadísticamente significativas intergrupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = ninguna. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición = ninguna. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = ninguna. <p>No existen diferencias estadísticamente significativas intergrupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamiento cognitivo = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición = 1, 2 y 3. ◦ Tratamiento exposición = ninguna. ◦ Tratamiento exposición + sesiones cognitivas = 1, 2 y 3. <p>No existen diferencias estadísticamente significativas intergrupo.</p>	<p>Existen diferencias estadísticamente significativas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> → La sesión de juego 1 pre y la sesión de juego 1 post. → La sesión de juego 2 pre y la sesión de juego 2 post. → La sesión de juego 3 pre y la sesión de juego 3 post. <p>En los tres casos, en las sesiones de juego postratamiento la probabilidad subjetiva de ganar es menor.</p> <p>Existen diferencias estadísticamente significativas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> → La sesión de juego 1 pre y la sesión de juego 1 post. → La sesión de juego 2 pre y la sesión de juego 2 post. → La sesión de juego 3 pre y la sesión de juego 3 post. <p>En los tres casos, en las sesiones de juego postratamiento el porcentaje de los resultados atribuido al azar es mayor.</p> <p>Existen diferencias estadísticamente significativas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> → La sesión de juego 1 pre y la sesión de juego 1 post. → La sesión de juego 2 pre y la sesión de juego 2 post. → La sesión de juego 3 pre y la sesión de juego 3 post. <p>En los tres casos, en las sesiones de juego postratamiento el porcentaje de los resultados atribuido a la suerte es menor.</p> <p>Existen diferencias estadísticamente significativas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> → La sesión de juego 1 pre y la sesión de juego 1 post. → La sesión de juego 2 pre y la sesión de juego 2 post. → La sesión de juego 3 pre y la sesión de juego 3 post. <p>En los tres casos, en las sesiones de juego postratamiento el porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad es menor.</p>
<p>CONDUCTAS MOTORAS DURANTE EL JUEGO</p> <p>• Recoger monedas</p>	Ji-cuadrado de Pearson Prueba de McNemar	<p>Existen diferencias estadísticamente significativas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> → El tratamiento cognitivo + sesiones de exposición y el tratamiento de exposición + sesiones cognitivas en la sesión de juego 3 post. <p>Mientras que el 41.7% de los sujetos del tratamiento cognitivo + sesiones de exposición recogen monedas, ningún sujeto del tratamiento de exposición + sesiones cognitivas emite esta conducta en la sesión de juego 3 postratamiento.</p>	<p>Existen diferencias estadísticamente significativas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> → La sesión de juego 1 pre y la sesión de juego 1 post. → La sesión de juego 2 pre y la sesión de juego 2 post. → La sesión de juego 3 pre y la sesión de juego 3 post. <p>En los tres casos, en las sesiones de juego postratamiento el porcentaje de sujetos que recogen monedas es menor.</p>
<p>• Aceptar el dinero</p>	Ji-cuadrado de Pearson Prueba de McNemar	No existen diferencias estadísticamente significativas.	No existen diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 12.37. Resumen del estudio de la eficacia del tratamiento (continuación)

VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA	CONTRASTE INTERGRUPO	CONTRASTE INTRASUJETO
VARIABLES DE ADAPTACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA CONCOMITANTE • Escala de Adaptación - Trabajo - Vida social - Tiempo libre - Relación de pareja - Vida familiar - Escala global	ANOVA Prueba <i>t</i>	No existen diferencias estadísticamente significativas. No existen diferencias estadísticamente significativas. No existen diferencias estadísticamente significativas. No existen diferencias estadísticamente significativas. No existen diferencias estadísticamente significativas. No existen diferencias estadísticamente significativas.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y postratamiento. Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y el postratamiento. → El postratamiento y el año de seguimiento. Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y el postratamiento. Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y el postratamiento. Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y el postratamiento. → El postratamiento y el sexto mes de seguimiento. → El postratamiento y el año de seguimiento. Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y el postratamiento. → El postratamiento y el sexto mes de seguimiento. → El postratamiento y el año de seguimiento. En todas las comparaciones el período de evaluación más avanzado es el que tiene una puntuación menor en la subescala correspondiente.
• BDI	ANOVA Prueba <i>t</i>	No existen diferencias estadísticamente significativas.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y el postratamiento. → El postratamiento y el sexto mes de seguimiento. → El postratamiento y el año de seguimiento. → El sexto mes y el año de seguimiento. En todas las comparaciones el período de evaluación más avanzado es el que tiene una puntuación menor.
• STAI (A-E)	ANOVA Prueba <i>t</i>	No existen diferencias estadísticamente significativas.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre: → El pre y el postratamiento. → El postratamiento y el año de seguimiento. En todas las comparaciones el período de evaluación más avanzado es el que tiene una puntuación menor.

TABLA 12.38. Resumen del estudio de factores predictores: Resultado final

VARIABLES	REGRESIÓN LOGÍSTICA: RESULTADO FINAL (éxito/fracaso)																
	Coefficiente B	Error típico de B	Significación	Ratio de probabilidad	Clasificación de los individuos												
Edad: ≤30 (0) ≥31 (1)	-1.6622	0.7341	0.0236	0.1897	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Éxito</td><td>Fracaso</td><td></td></tr><tr><td>Éxito</td><td>13</td><td>10</td><td>56.52%</td></tr><tr><td>Fracaso</td><td>6</td><td>51</td><td>89.47%</td></tr></table>	Observado	Éxito	Fracaso		Éxito	13	10	56.52%	Fracaso	6	51	89.47%
Observado	Éxito	Fracaso															
Éxito	13	10	56.52%														
Fracaso	6	51	89.47%														
Grupo experimental:			0.0307														
Tratamiento cognitivo (1)	2.6897	0.9627	0.0052	14.7279													
Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición (2)	1.8785	0.9466	0.0472	6.5437													
Tratamiento exposición (3)	0.8151	0.8651	0.3461	2.2594													
Tratamiento exposición + sesiones cognitivas (4)																	
Comportamiento:					80.00%												
Adecuado (0)																	
Llega tarde/falta en alguna ocasión sin justificar (1)	-4.1269	1.1649	0.0004	0.0161													
Constante	3.9638	1.2974	0.0022														
Función Z	Z = -1.66 EDAD1 + 2.69 GRUPO1 - 1.88 GRUPO2 + 0.81 GRUPO3 - 4.13 COMPORTAMIENTO1 + 3.96																
Escala de Adaptación postratamiento. Trabajo	1.7346	0.6888	0.0118	5.6667	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Éxito</td><td>Fracaso</td><td></td></tr><tr><td>Éxito</td><td>16</td><td>4</td><td>80.00%</td></tr><tr><td>Fracaso</td><td>13</td><td>15</td><td>53.57%</td></tr></table>	Observado	Éxito	Fracaso		Éxito	16	4	80.00%	Fracaso	13	15	53.57%
Observado	Éxito	Fracaso															
Éxito	16	4	80.00%														
Fracaso	13	15	53.57%														
Escala de Adaptación postratamiento. Vida social	-0.8629	0.4376	0.0486	0.4220													
Constante	-0.9983	0.7790	0.2000														
					64.58%												
Función Z	Z = 1.73 SUBESCALA TRABAJO POST - 0.86 SUBESCALA VIDA SOCIAL POST - 0.99																
Escala de Adaptación 6° mes seguimiento. Trabajo	1.6226	1.0623	0.1266	5.0665	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Éxito</td><td>Fracaso</td><td></td></tr><tr><td>Éxito</td><td>20</td><td>2</td><td>90.91%</td></tr><tr><td>Fracaso</td><td>8</td><td>10</td><td>55.56%</td></tr></table>	Observado	Éxito	Fracaso		Éxito	20	2	90.91%	Fracaso	8	10	55.56%
Observado	Éxito	Fracaso															
Éxito	20	2	90.91%														
Fracaso	8	10	55.56%														
Escala de Adaptación 6° mes seguimiento. Relación de pareja	2.1014	1.1934	0.0783	8.1774													
Constante	-4.8198	1.8428	0.0089														
					75.00%												
Función Z	Z = 1.62 SUBESCALA TRABAJO 6° MES + 2.10 SUBESCALA RELACIÓN PAREJA 6° MES - 4.82																

TABLA 12.38. Resumen del estudio de factores predictores: Resultado final (continuación)

VARIABLES	REGRESIÓN LOGÍSTICA: RESULTADO FINAL (éxito/fracaso)				
	Coefficiente <i>B</i>	Error típico de <i>B</i>	Significación	Ratio de probabilidad	Clasificación de los individuos
STAI-E 6º mes seguimiento	0.0860	0.0410	0.0357	1.0898	Predicción
Constante	-1.0667	0.4939	0.0308		Observado Éxito Fracaso
					Éxito 21 2 91.30%
					Fracaso 11 8 42.11%
					69.05%
Función Z	Z = 0.09 STAI-E 6º MES - 1.07				
Tasa de producción de frases irracionales. 2ª sesión de juego postratamiento	-5.1639	2.1951	0.0186	0.0057	Predicción
Constante	1.7332	0.5974	0.0037		Observado Éxito Fracaso
					Éxito 5 8 38.46%
					Fracaso 2 23 92.00%
					73.68%
Función Z	Z = - 5.16 TASA DE PRODUCCIÓN DE FRASES IRRACIONALES 2ª POST + 1.73				
Escala tipo Likert: Probabilidad subjetiva de ganar (%) 1ª sesión de juego postratamiento	0.0404	0.0189	0.0328	1.0412	Predicción
Constante	-0.2600	0.3824	0.4966		Observado Éxito Fracaso
					Éxito 11 12 47.83%
					Fracaso 10 23 69.70%
					60.71%
Función Z	Z = 0.04 PROBABILIDAD SUBJETIVA DE GANAR 1ª POST - 0.26				

TABLA 12.39. Resumen del estudio de factores predictores: Abandono

VARIABLES	REGRESIÓN LOGÍSTICA: ABANDONO (sí/no)																				
	Coefficiente <i>B</i>	Error típico de <i>B</i>	Significación	Ratio de probabilidad	Clasificación de los individuos																
Número de síntomas de juego patológico	0.4330	0.2008	0.0310	1.5418	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>Sí</td><td>27</td><td>9</td><td>75.00%</td></tr><tr><td>No</td><td>14</td><td>30</td><td>68.18%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>71.25%</td></tr></table>	Observado	Sí	No		Sí	27	9	75.00%	No	14	30	68.18%				71.25%
Observado	Sí	No																			
Sí	27	9	75.00%																		
No	14	30	68.18%																		
			71.25%																		
Comportamiento:																					
Adecuado (0)																					
Llega tarde/falta en alguna ocasión sin justificar (1)	-2.1164	0.5721	0.0002	0.1205																	
Constante	-1.8687	1.5766	0.2359																		
Función Z																					
Z = 0.43 N° SÍNTOMAS - 2.12 COMPORTAMIENTO1 - 1.87																					
Escala de Adaptación pretratamiento. Trabajo	0.3260	0.1505	0.0303	1.3854	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>Sí</td><td>13</td><td>18</td><td>41.94%</td></tr><tr><td>No</td><td>9</td><td>29</td><td>76.32%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>60.87%</td></tr></table>	Observado	Sí	No		Sí	13	18	41.94%	No	9	29	76.32%				60.87%
Observado	Sí	No																			
Sí	13	18	41.94%																		
No	9	29	76.32%																		
			60.87%																		
Constante	-0.8926	0.5587	0.1101																		
Función Z																					
Z = 0.33 SUBESCALA TRABAJO PRETRATAMIENTO - 0.89																					
Escala de Adaptación 6° mes seguimiento. Vida familiar	0.9651	0.4402	0.0283	2.6252	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>Sí</td><td>32</td><td>1</td><td>96.97%</td></tr><tr><td>No</td><td>6</td><td>1</td><td>14.29%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>82.50%</td></tr></table>	Observado	Sí	No		Sí	32	1	96.97%	No	6	1	14.29%				82.50%
Observado	Sí	No																			
Sí	32	1	96.97%																		
No	6	1	14.29%																		
			82.50%																		
Constante	-3.1876	0.9157	0.0005																		
Función Z																					
Z = 0.96 SUBESCALA VIDA FAMILIAR 6° MES - 3.19																					

TABLA 12.40. Resumen del estudio de factores predictores: Mentir sobre la conducta de juego a lo largo de la intervención

VARIABLES	REGRESIÓN LOGÍSTICA: MENTIR SOBRE LA CONDUCTA DE JUEGO A LO LARGO DE LA INTERVENCIÓN (sí/no)																				
	Coefficiente B	Error típico de B	Significación	Ratio de probabilidad	Clasificación de los individuos																
Coterapeuta: No acude acompañado a consulta (0) Acude acompañado a consulta (1) Número de recaídas Constante	 -1.9909 0.4125 -0.9059	 0.7821 0.1782 0.3293	 0.0109 0.0206 0.0059	 0.1366 1.5106 	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>Sí</td><td>55</td><td>3</td><td>94.83%</td></tr><tr><td>No</td><td>19</td><td>3</td><td>13.64%</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td>72.50%</td></tr></table>	Observado	Sí	No		Sí	55	3	94.83%	No	19	3	13.64%				72.50%
Observado	Sí	No																			
Sí	55	3	94.83%																		
No	19	3	13.64%																		
			72.50%																		
Función Z	Z = - 1.99 COTERAPEUTA1 + 0.41 N° RECAÍDAS - 0.90																				
Escala de Adaptación pretratamiento. Trabajo Escala de Adaptación pretratamiento. Vida social Escala de Adaptación pretratamiento. Tiempo libre Escala de Adaptación pretratamiento. Vida familiar Constante	 0.9434 -0.7872 -0.6917 0.7080 -2.3226	 0.2831 0.3038 0.2789 0.3245 1.3857	 0.0009 0.0096 0.0131 0.0291 0.0937	 2.5686 0.4551 0.5007 2.0299 	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>Sí</td><td>45</td><td>4</td><td>91.84%</td></tr><tr><td>No</td><td>9</td><td>11</td><td>55.00%</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td>81.16%</td></tr></table>	Observado	Sí	No		Sí	45	4	91.84%	No	9	11	55.00%				81.16%
Observado	Sí	No																			
Sí	45	4	91.84%																		
No	9	11	55.00%																		
			81.16%																		
Función Z	Z = 0.94 SUBESCALA TRABAJO PRETRATAMIENTO - 0.79 SUBESCALA VIDA SOCIAL PRETRATAMIENTO - 0.69 SUBESCALA TIEMPO LIBRE PRETRATAMIENTO + 0.71 SUBESCALA VIDA FAMILIAR PRETRATAMIENTO - 2.32																				
Escala de Adaptación 6º mes seguimiento. Relación de pareja Constante	 0.6026 -2.3763	 0.3348 0.7104	 0.0719 0.0008	 1.8268 	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>Sí</td><td>31</td><td>1</td><td>96.88%</td></tr><tr><td>No</td><td>6</td><td>2</td><td>25.00%</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td>82.50%</td></tr></table>	Observado	Sí	No		Sí	31	1	96.88%	No	6	2	25.00%				82.50%
Observado	Sí	No																			
Sí	31	1	96.88%																		
No	6	2	25.00%																		
			82.50%																		
Función Z	Z = 0.60 SUBESCALA RELACIÓN DE PAREJA 6º MES - 2.38																				
Inventario de Pensamientos pretratamiento. Factor 3 Constante	 0.0981 -4.1836	 0.0590 1.7908	 0.0962 0.0195	 1.1031 	<div>Predicción</div> <table><tr><td>Observado</td><td>Sí</td><td>No</td><td></td></tr><tr><td>Sí</td><td>30</td><td>0</td><td>100%</td></tr><tr><td>No</td><td>7</td><td>1</td><td>12.50%</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td>81.58%</td></tr></table>	Observado	Sí	No		Sí	30	0	100%	No	7	1	12.50%				81.58%
Observado	Sí	No																			
Sí	30	0	100%																		
No	7	1	12.50%																		
			81.58%																		
Función Z	Z = 0.10 FACTOR 3 PRETRATAMIENTO - 4.18																				

12.3. CONTRASTE DE HIPÓTESIS

H_{1a}: Si los cuatro tipos de tratamiento son diferentes en su grado de eficacia, entonces existirán diferencias significativas en el éxito/fracaso conseguido por los cuatro programas de intervención.

Se contrasta: El tratamiento de exposición con sesiones cognitivas es significativamente mejor que el tratamiento cognitivo y que el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición.

H_{1b}: Si los cuatro tipos de tratamiento son diferentes en su grado de eficacia, entonces existirán diferencias significativas en la aparición de recaídas a lo largo de los seguimientos en función de los cuatro programas de intervención.

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en el porcentaje de recaídas en los sucesivos seguimientos.

H_{1c}: Si los cuatro tipos de tratamiento son diferentes en su grado de eficacia, entonces existirán diferencias significativas en el grado de adherencia al tratamiento en función de los cuatro programas de intervención.

No se contrasta:

- Abandono.
No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en el porcentaje de abandonos a lo largo de la intervención.
- Comportamiento.
No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en el porcentaje de comportamiento de asistencia a consulta adecuado.

H_{2a}: Si el tipo de intervención influye en los resultados, entonces el riesgo de jugar a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor en los tratamientos más eficaces.

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en el riesgo de jugar a lo largo de la intervención.

H_{2b} : Si el tipo de intervención influye en los resultados, entonces el grado de funcionamiento o adaptación del sujeto en el trabajo, la vida social, las actividades de ocio, la relación de pareja y la vida familiar; así como su adaptación en general a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente superior en los tratamientos más eficaces.

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales.

H_{2c} : Si el tipo de intervención influye en los resultados, entonces la sintomatología depresiva a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente inferior en los tratamientos más eficaces.

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales con respecto a la sintomatología depresiva a lo largo de la intervención.

H_{2d} : Si el tipo de intervención influye en los resultados, entonces el estado de ansiedad a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente inferior en los tratamientos más eficaces.

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en el estado de ansiedad a lo largo de la intervención.

H_{2e} : Si el tipo de intervención influye en los resultados, entonces las conductas motoras de recoger monedas durante el juego y aceptar el dinero al concluir el mismo en las sesiones de juego postratamiento se ejecutarán en un porcentaje significativamente inferior en los tratamientos más eficaces.

Se contrasta: • Recoger monedas.
(parcialmente) Existen diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas y el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición en la tercera sesión de juego postratamiento, siendo menor el porcentaje de sujetos que recogen monedas en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas.

No se contrasta: • Aceptar el dinero.
No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en el porcentaje de sujetos que aceptan el dinero en las sesiones de juego postratamiento.

H_{3a}: Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces la frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego del sujeto en máquinas recreativas con premio en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento.

Se contrasta: La frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego del sujeto en máquinas recreativas con premio es significativamente menor en el postratamiento con respecto al pretratamiento.

H_{3b}: Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces la aparición de recaídas a lo largo de los seguimientos será significativamente menor.

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los sucesivos seguimientos en el número de recaídas producidas.

H_{3c}: Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces el grado de funcionamiento o adaptación del sujeto en el trabajo, la vida social, las actividades de ocio, la relación de pareja y la vida familiar; así como su adaptación en general a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente mejor.

Se contrasta:

- Trabajo.
El funcionamiento del sujeto en el área laboral es significativamente mejor en el postratamiento con respecto al pretratamiento.
- Vida social.
La vida social del sujeto es significativamente mejor en el postratamiento con respecto al pretratamiento, y al año de seguimiento con respecto al postratamiento.
- Tiempo libre.
El sujeto ocupa significativamente mejor el tiempo libre en el postratamiento que en el pretratamiento.
- Relación de pareja.
La relación de pareja funciona significativamente mejor en el postratamiento que en el pretratamiento.
- Vida familiar.
La vida familiar se desarrolla significativamente mejor en el postratamiento con respecto al pretratamiento, y en el sexto mes y al año de seguimiento con respecto al postratamiento.
- General.
El funcionamiento del sujeto en general es significativamente mejor en el postratamiento con respecto al pretratamiento, y en el sexto mes y al año de seguimiento con respecto al postratamiento.

H_{3d} : Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces la sintomatología depresiva del sujeto a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor.

Se contrasta: La sintomatología depresiva del sujeto es significativamente menor en el postratamiento con respecto al pretratamiento, en el sexto mes y al año de seguimiento con respecto al postratamiento, y al año de seguimiento con respecto al sexto mes.

H_{3e} : Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces el estado de ansiedad del sujeto a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor.

Se contrasta: El estado de ansiedad del sujeto es significativamente menor en el postratamiento con respecto al pretratamiento, y al año de seguimiento con respecto al postratamiento.

H_{3f} : Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces el nivel de activación psicofisiológica del sujeto en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento.

No se contrasta:

- Registro psicofisiológico.
 - Respuesta electrodérmica (SCL).
No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la respuesta electrodérmica (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base) entre las sesiones de evaluación psicofisiológica pre y postratamiento.
 - Tasa cardíaca (HR).
No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en tasa cardíaca (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base) entre las sesiones de evaluación psicofisiológica pre y postratamiento.

Se contrasta:

- Método de autoinforme.
 - Estado de ánimo durante el juego.
Existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres sesiones psicofisiológicas pre y sus homólogas postratamiento. Mientras que en las sesiones psicofisiológicas pretratamiento la puntuación media se sitúa en *normal*, en las sesiones psicofisiológicas postratamiento está más próxima a la *relajación*.
 - Sensación que provoca el estado de ánimo.
Existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres sesiones psicofisiológicas pre y sus homólogas postratamiento. Mientras que en las sesiones psicofisiológicas pretratamiento la puntuación media se sitúa en *neutra*, en las sesiones psicofisiológicas postratamiento se sitúa entre *neutra* y *desagradable*.

H_{3g} : Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces el número de distorsiones cognitivas del sujeto a lo largo del proceso de intervención (tratamiento + seguimiento) será significativamente menor.

- Se contrasta:
- Método observacional.
 - La tasa de producción de frases irracionales en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente menor que en sus homólogas pretratamiento.
 - La tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente menor que en sus homólogas pretratamiento.
 - Método de autoinforme.
 - Inventario de pensamientos.
Aparecen diferencias estadísticamente significativas en los tres Factores, obteniendo una puntuación menor en los períodos de evaluación más avanzados.
Factor 1: entre el pre y el postratamiento, y el postratamiento y el sexto mes de seguimiento.
Factor 2: entre el pre y el postratamiento, el postratamiento y el sexto mes de seguimiento, y el postratamiento y el año de seguimiento.
Factor 3: entre el pre y el postratamiento, el postratamiento y el sexto mes de seguimiento, y el postratamiento y el año de seguimiento.
 - Escalas tipo Likert.
Existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres sesiones de juego pre y sus homólogas en el postratamiento.
La probabilidad subjetiva de ganar es menor en las sesiones de juego postratamiento con respecto a las pretratamiento.
El porcentaje de los resultados atribuido al azar es mayor en las sesiones de juego postratamiento con respecto a las pretratamiento.
El porcentaje de los resultados atribuido a la suerte es menor en las sesiones de juego postratamiento con respecto a las pretratamiento.
El porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad es menor en las sesiones de juego postratamiento con respecto a las pretratamiento.

H_{3h} : Si todos los tratamientos, aún en distinto grado, son eficaces, entonces las conductas motoras de recoger monedas durante el juego y aceptar el dinero al concluir el mismo en las sesiones de juego postratamiento se ejecutarán en un porcentaje significativamente menor que en el pretratamiento.

- Se contrasta:
- Recoger monedas.
En las sesiones de juego postratamiento el porcentaje de sujetos que recogen monedas es significativamente menor que en las sesiones pretratamiento.
- No se contrasta:
- Aceptar el dinero.
No existen diferencias estadísticamente significativas entre las sesiones de juego pre y postratamiento.

H_{4a} : Si existe una activación de las respuestas psicofisiológicas autonómicas durante el juego en los jugadores patológicos, entonces los valores de estas señales en una situación de juego pretratamiento serán significativamente mayores que en el periodo de línea-base.

Se contrasta:

- Respuesta electrodérmica (SCL).
Existe una activación significativamente mayor en el periodo de juego que en la línea-base pretratamiento.
- Tasa cardíaca (HR).
Existe una activación significativamente mayor en el periodo de juego que en la línea-base pretratamiento.

H_{4b} : Si existe una activación de las respuestas psicofisiológicas autonómicas durante el juego en los jugadores patológicos, entonces los valores de estas señales en una segunda sesión consecutiva de juego pretratamiento serán significativamente mayores que en la primera.

No se contrasta:

- Respuesta electrodérmica (SCL).
No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la respuesta electrodérmica (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base) entre las sucesivas sesiones de juego pretratamiento.
- Tasa cardíaca (HR).
No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la tasa cardíaca (diferencia entre el periodo de juego y la línea-base) entre las sucesivas sesiones de juego pretratamiento.

H_5 : Si la implicación en el juego provoca un predominio de distorsiones cognitivas en los jugadores patológicos, entonces el porcentaje de verbalizaciones irracionales emitidas en una segunda sesión de juego consecutiva pretratamiento será significativamente mayor que en la primera.

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las sucesivas sesiones de juego ni en la tasa de producción de frases irracionales ni en la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias.

H_{6a} : Si la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta afecta a la activación psicofisiológica autónoma, entonces los sujetos que reciban esta intervención mostrarán una disminución significativa de las respuestas psicofisiológicas respecto a la evaluación pretratamiento frente a los sujetos que no reciban dicha intervención (terapia cognitiva).

No se contrasta:

- Respuesta electrodérmica (SCL).
No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la respuesta

electrodérmica (diferencia entre el período de juego y la línea-base) entre el pre y el postratamiento en las intervenciones que incluyen la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta. Asimismo no aparecen en el tratamiento cognitivo.

- Tasa cardíaca (HR).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la tasa cardíaca (diferencia entre el período de juego y la línea-base) entre el pre y el postratamiento en las intervenciones que incluyen la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta. Asimismo no aparecen en el tratamiento cognitivo.

H_{6b} : Si la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta afecta a la activación psicofisiológica autónoma, entonces los sujetos que reciban esta intervención mostrarán un nivel de activación psicofisiológica significativamente menor que los sujetos a los que no se les aplique (terapia cognitiva).

No se contrasta: • Respuesta electrodérmica (SCL).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la respuesta electrodérmica (diferencia entre el período de juego y la línea-base) entre los tratamientos que incluyen la exposición en vivo con prevención de respuesta y aquél que sólo incluye terapia cognitiva.

- Tasa cardíaca (HR).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la tasa cardíaca (diferencia entre el período de juego y la línea-base) entre los tratamientos que incluyen la exposición en vivo con prevención de respuesta y aquél que sólo incluye terapia cognitiva.

H_{7a} : Si la terapia cognitiva enfocada a los heurísticos y sesgos que aparecen en una situación de juego de azar disminuye la producción de distorsiones cognitivas, entonces los sujetos que reciban esta intervención mostrarán una reducción significativa de las distorsiones cognitivas respecto al pretratamiento frente a los sujetos que no reciban dicha intervención (exposición + prevención de respuesta).

Se contrasta: • Método observacional.

(parcialmente)

- La tasa de producción de frases irracionales en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente menor que en sus homólogas pretratamiento, excepto entre la primera sesión de juego pre y postratamiento del tratamiento cognitivo con sesiones de exposición. En el tratamiento de exposición no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento en ninguna de las tres sesiones de juego.
- La tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente menor que en sus homólogas

pretratamiento, excepto entre la tercera sesión de juego pre y postratamiento de los tratamientos cognitivo, con y sin sesiones de exposición. En el tratamiento de exposición no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento en ninguna de las tres sesiones de juego.

- Método de autoinforme.

- Inventario de pensamientos.

Aparecen diferencias estadísticamente significativas en los tres Factores, siendo la puntuación obtenida en el postratamiento menor que la alcanzada en el pretratamiento en todos los grupos experimentales, incluido el tratamiento de exposición.

- Escalas tipo Likert.

La probabilidad subjetiva de ganar en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente menor que en sus homólogas pretratamiento en todos los grupos experimentales, incluido el tratamiento de exposición.

El porcentaje de los resultados atribuido al azar en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente mayor que en sus homólogas pretratamiento, excepto en la primera y segunda sesión de juego pre-postratamiento del tratamiento cognitivo con sesiones de exposición. En el tratamiento de exposición no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento en ninguna de las tres sesiones de juego.

El porcentaje de los resultados atribuido a la suerte en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente menor que en sus homólogas pretratamiento en el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición. En los tratamientos cognitivo y de exposición con sesiones cognitivas, así como en el tratamiento de exposición no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento en ninguna de las tres sesiones de juego.

El porcentaje de los resultados atribuido a la habilidad en las tres sesiones de juego postratamiento es significativamente menor que en sus homólogas pretratamiento. En el tratamiento de exposición no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento en ninguna de las tres sesiones de juego.

H_{7b}: Si la terapia cognitiva enfocada a los heurísticos y sesgos que aparecen en una situación de juego de azar disminuye la producción de distorsiones cognitivas, entonces los sujetos que reciban esta intervención mostrarán un número significativamente menor de distorsiones cognitivas que los sujetos a los que no se les aplique (exposición + prevención de respuesta).

No se contrasta: • Método observacional.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos ni en la tasa de producción de frases irracionales ni en la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias.

- Método de autoinforme.

- Inventario de pensamientos.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos en ninguno de los tres factores.

- Escalas tipo Likert.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos ni en la probabilidad subjetiva de ganar, ni en el porcentaje de los resultados atribuido al azar, la suerte y la habilidad.

H_{8a} : Si la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta afecta a la activación psicofisiológica autónoma y la terapia cognitiva enfocada a los heurísticos y los sesgos que aparecen en una situación de juego de azar disminuye la producción de distorsiones cognitivas, entonces los sujetos que reciban esta intervención combinada mostrarán una disminución significativa tanto de las respuestas psicofisiológicas como de las distorsiones cognitivas respecto a la evaluación pretratamiento.

No se contrasta: Sólo disminuye significativamente la producción de distorsiones cognitivas, pero no así la activación psicofisiológica autónoma.

H_{8b} : Si la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta afecta a la activación psicofisiológica autónoma y la terapia cognitiva enfocada a los heurísticos y los sesgos que aparecen en una situación de juego de azar disminuye la producción de distorsiones cognitivas, entonces los sujetos que reciban esta intervención combinada mostrarán un nivel de activación psicofisiológica y un número de distorsiones cognitivas significativamente menor que los sujetos a los que no se les aplique alguno de sus componentes (exposición o terapia cognitiva).

No se contrasta: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales ni en el nivel de activación psicofisiológica ni en el número de distorsiones cognitivas.

H_9 : Si la activación de las respuestas psicofisiológicas durante el juego está implicada en el mantenimiento de la conducta de juego, entonces las respuestas psicofisiológicas existentes en el postratamiento serán un predictor de eficacia del tratamiento.

No se contrasta.

H_{10} : Si las distorsiones cognitivas referidas a los juegos de azar están implicadas en el mantenimiento de la conducta de juego, entonces las distorsiones cognitivas existentes en el postratamiento serán un predictor de eficacia del tratamiento.

- Se contrasta:
(parcialmente)
- Tasa de producción de frases irracionales (2ª sesión de juego postratamiento).
Cuanto mayor sea la tasa de producción de frases irracionales alcanzada en la segunda sesión de juego postratamiento, mayor es la probabilidad de que el tratamiento fracase. Predice mejor el fracaso que el éxito.
 - Escala tipo Likert: Probabilidad subjetiva de ganar (%) (1ª sesión de juego postratamiento).
Cuanto mayor sean las posibilidades de ganar estimadas por los sujetos, en la primera sesión de juego postratamiento, mayor es la probabilidad de que el tratamiento fracase. Predice mejor el fracaso que el éxito.

13

DISCUSIÓN

13.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Al revisar las características sociodemográficas de las diversas investigaciones realizadas en el ámbito del juego patológico, se destacaba la discrepancia, en sexo y edad, entre la población general de jugadores patológicos y las muestras en tratamiento de este mismo tipo de patología. En la muestra de este estudio se repite la desproporción existente entre varones y mujeres, alcanzando el ratio establecido de 10 a 1: por cada diez hombres que acuden a tratamiento, una mujer pide asistencia profesional para dejar de jugar; cuando en la población general la proporción estimada es de dos varones por cada mujer con problemas de juego. Pero no ocurre lo mismo con la edad, si las otras investigaciones indicaban un predominio del rango de edad comprendido entre los 30-50 años en aquellos que acuden a tratamiento, en el presente estudio existe una hegemonía de los jugadores patológicos que no superan los treinta años de edad (61.4%), coincidiendo con los datos referidos por las investigaciones realizadas en la población general.

¿Cuál es la explicación de la menor asistencia a tratamiento entre las mujeres con problemas de juego?, retomando ideas ya expresadas por otros autores (Mark y Lesieur, 1992; Becoña, 1997), se exponen tres razones que no son incompatibles entre sí. La primera de ellas destacaría una mayor censura social hacia la mujer jugadora, una valoración social más negativa que iría acompañada de un menor apoyo por parte del entorno y, consecuentemente, la necesidad de ocultar su problema. En relación con esta primera, se propone una segunda explicación que destacaría la menor asistencia de mujeres a bares y lugares de bebida, debido a razones culturales, por lo que el acceso a las máquinas recreativas se reduciría; decantándose, quizá, por otro tipo de juego más acorde con su estilo de vida, que aunque también puede llegar a ser problemático, probablemente, pasaría más desapercibido. Retomando este último argumento, otra posible explicación haría referencia a la menor gravedad del problema en las mujeres jugadoras, aspecto que favorecería el hecho de no acudir a tratamiento, pues las conductas de juego no se reconocerían como un problema o, al menos, crearían menos dificultades. Sea cual sea el juego escogido, parece que los medios para financiarse esta actividad son más limitados en la mujer, ya que su situación laboral o familiar restringe las apuestas y con ello el nivel de deudas, utilizando en menor medida medios ilegales para la obtención de dinero, lo que serviría de freno a la espiral de deterioro.

En esta línea, ciertos datos extraídos del presente estudio parecen apuntar que las mujeres acuden a tratamiento en condiciones más graves, lo que de alguna manera estaría indicando que tardan más en

solicitar ayuda profesional. Destaca, por ejemplo, que todas las mujeres de la muestra cumplen más de cinco criterios del DSM-IV, mientras que algunos varones (5%) presentan exclusivamente cinco síntomas cuando acuden a tratamiento; asimismo un porcentaje mayor de mujeres (12.5%) que de varones (8.8%) cumplen todos los criterios establecidos por la A.P.A. para el diagnóstico de juego patológico. Además, de estos diez síntomas, son tres los que, para algunos autores, justifican la concepción de este trastorno como una adicción, a saber: falta de control (criterio 3), tolerancia (criterio 2) y síndrome de abstinencia (criterio 4); criterios que las mujeres cumplen en mayor porcentaje, sugiriendo, de alguna manera, que cuando acuden a tratamiento su «adicción» es más fuerte que en los varones. Por lo demás, el criterio 8, que con diferencia es el que más alarma produce, ya que se refiere a la comisión de actos ilegales o al abuso de confianza para financiarse el juego, se da en todas las mujeres de la muestra; reflejando una vez más la gravedad del trastorno cuando acuden a tratamiento. Con respecto a este último dato, cabe decir que aunque toda la muestra de mujeres utiliza algún otro medio que no sea su propio dinero para financiarse el juego, el abanico de procedimientos es más reducido y éstos son menos delictivos que los empleados por los varones, recurriendo fundamentalmente al dinero familiar y a préstamos realizados por otras personas. Probablemente, la comisión de menos actos ilegales se deba, como ya se ha indicado, a una menor disponibilidad de otras fuentes de obtención de dinero y a unas deudas más reducidas en número y cantidad, como reflejan las cifras del criterio 10, en el que sólo un 37.5% de las mujeres ha tenido que solicitar ayuda a causa de sus problemas económicos frente a un 68.7% de los varones; y además, en caso de haber contraído deudas, son saldadas en mayor medida por el entorno de la mujer jugadora.

Por otro lado, las mujeres de la muestra parecen sufrir un mayor deterioro al padecer trastornos del estado de ánimo en mayor proporción que los varones (75% versus 39.8%); aunque este dato hay que manejarlo con suma cautela, pues la prevalencia de este tipo de trastornos es mayor en las mujeres. Con todo, lo cierto es que tres cuartas partes de la muestra de mujeres presentan algún trastorno de este tipo; y también alcanzan unas puntuaciones más elevadas que los varones en el BDI y el STAI. Otro dato significativo, que también podría interpretarse como una asistencia de las mujeres a tratamiento en condiciones más desfavorables, es el hecho de que el porcentaje de mujeres casadas (62.5%) sea muy superior al de varones en este mismo estado civil (33.8%), ya que cabría suponer que su nivel de deterioro es perceptible por el entorno y, de esta manera, son empujadas por su pareja a tratamiento. Sin embargo, dos datos no parecen confirmar esta interpretación, pues (1) en primer lugar, existe un menor conocimiento del problema en el entorno de la mujer jugadora, (2) y en segundo lugar, acuden acompañadas a consulta en menor proporción que sus homólogos varones. Hechos que corroborarían esa tendencia de la mujer jugadora a ocultar su problema de juego, aún en condiciones en las que su implicación en esta actividad le lleva a buscar tratamiento.

La siguiente reflexión se centra en la menor edad de los jugadores patológicos del presente estudio, dato referente a los varones, ya que la edad de las mujeres de la muestra es más avanzada, debido, en parte, a la posibilidad, ya comentada, de que tarden más tiempo en acudir a tratamiento y, en parte, porque comienzan a jugar más tardíamente. Debe decirse que un posible sesgo en el proceso de captación de los sujetos ha podido contribuir a este predominio de jugadores con menos de treinta años, pues una de las principales fuentes de remisión de sujetos (AMAJER) tendía a seleccionar para este programa de tratamiento a los más jóvenes que acudían a dicha asociación de autoayuda, entre otras razones, porque esta población tenía dificultades para sentirse identificada en un grupo cuyos miembros, por su edad más avanzada, compartían una serie de problemas como consecuencia del juego que poco o nada tenían que ver

con los suyos. En cualquier caso, aún cuando la población menor de treinta años pueda estar sobrerrepresentada en este estudio, es un dato que coincide con los ofrecidos por las investigaciones realizadas en la población general; por lo que, quizá, no resulta descabellado pensar que se está produciendo un cierto cambio demográfico en la población de jugadores patológicos que acude a tratamiento, posiblemente propiciado por una mayor información sobre el problema del juego. Si esta predicción es acertada sería un dato para el optimismo, no sólo porque parece conveniente acudir a tratamiento cuando se tiene un problema; sino también porque, al menos en este estudio, la edad es un factor predictor de eficacia del tratamiento, en concreto, cuanto más avanzada sea la edad mayor es la probabilidad de que fracase el tratamiento.

La menor edad de la muestra contribuye a su vez a elevar el número de solteros (61.4%), duplicando prácticamente el porcentaje de casados (36.4%); un dato que, como era de esperar, discrepa con los ofrecidos por las otras investigaciones sobre jugadores patológicos en tratamiento. En otras variables sociodemográficas, como puede ser el nivel de estudios, no aparecen tantas diferencias, pues al igual que en dichas investigaciones, predominan los sujetos con estudios primarios y secundarios; no obstante, no hay que olvidar que un porcentaje cercano al 20% no puede, debido a su edad, disponer de más estudios.

Resulta interesante detenerse en otra variable sociodemográfica, la situación laboral, y más concretamente en dos aspectos. El primero de ellos haría referencia al porcentaje de sujetos de la muestra cuya actividad laboral puede catalogarse en el amplio sector de servicios (camareros, taxistas, transportistas, comerciales), ocupaciones que se corresponden con la situación laboral más repetida en esta muestra (34.1%). Es posible que la preponderancia de este gremio se deba a que incluye mayor variedad de profesiones que el resto de las categorías establecidas, pero también cabe presuponer que la profesión de camarero se desarrolla en un entorno de trabajo donde las máquinas recreativas están presentes, favoreciendo un primer acercamiento a las mismas. De igual manera, si hubiera que encontrar un factor común en taxistas, transportistas o, incluso, comerciales sería la gran cantidad de tiempo que estos profesionales pasan en la calle, lo que probablemente también suponga frecuentar en mayor medida cafeterías, bares..., y las máquinas recreativas que se encuentran en estos locales. El otro aspecto destacable es que la segunda y tercera posición en este ranking de actividades laborales desempeñadas por la muestra son ocupadas por estudiantes (18.2%) y desempleados (14.8%), respectivamente. En realidad, no sorprende el alto porcentaje de estudiantes y parados per se, sino la ausencia de ingresos que ello supone, planteando el interrogante de cómo se financian el juego. ¿Cuáles son sus fuentes de obtención de dinero?. No parece excesivamente alarmista pensar que, probablemente, esta población se vea avocada con mayor celeridad a usar ciertos procedimientos para financiarse el juego que, constituyan o no un delito, son infracciones destacables y que, en definitiva, sólo contribuyen a acelerar la espiral de deterioro del jugador. Si a ello se le añade la escasa edad de esta población, se puede especular que, además de comenzar a jugar más tempranamente, en los jóvenes esta actividad se convierte antes en un problema.

Quedaría por comentar un último dato acerca de las variables sociodemográficas, y es la ausencia de sujetos con un nivel socioeconómico alto. Sin perder de vista que la clase social la establece el propio sujeto, lo que significa que para su clasificación en uno u otro nivel no se han utilizado variables objetivas, se proponen tres posibles motivos para explicar este detalle: (1) el primero de ellos, un simple reflejo de la menor proporción de la clase alta en la población general; (2) en segundo lugar, resulta inusual que esta franja de la sociedad acuda a un programa de estas características; (3) y por último, cabría suponer que

los posibles problemas de juego en los sujetos con un nivel socioeconómico elevado no son, principalmente, las máquinas recreativas con premio.

Se ha visto como algunos de los modelos explicativos de la conducta de juego consideraban esta actividad como resultado de un déficit o carencia; no obstante, los propios jugadores, al menos entre los varones, dan explicaciones más sencillas a su conducta de juego: juegan, fundamentalmente, con el objeto de ganar dinero (o recuperarlo), y como forma de entretenimiento. En el grupo de mujeres, en cambio, se emprende esta actividad, principalmente, por la oportunidad que ofrece para evadirse de problemas, y sólo después, cuando el juego se ha convertido en algo habitual, la posibilidad de ganar dinero o la necesidad de recuperarlo se convierten en motivos que justifican su conducta. En los varones el proceso parece que es el contrario, ya que la realización de esta actividad con el fin de rehuir u olvidarse de los problemas resulta un motivo destacable cuando el jugador ya ha entrado en la espiral de deterioro, siendo muy probable que esos problemas que intenta olvidar con el juego sean resultado de esta misma actividad; mientras que en las mujeres este motivo se mantiene constante a lo largo de la evolución del problema de juego, por lo que cabe suponer que el tipo de dificultad que intentan soslayar con el juego no está relacionada con esta actividad (y menos aún que pueda solucionarse con la ejecución de conductas de juego) y, lo que es más importante, no parece que el juego incremente de forma significativa el número de problemas de la mujer jugadora (de alguna manera, corroboraría la hipótesis de que el juego crea menos dificultades a la jugadora patológica que a su homólogo varón). Los resultados que ofrece el criterio 5, que hace referencia a la utilización del juego como estrategia para escapar de los problemas o aliviar la disforia, siguen esta misma tendencia, ya que dicho criterio lo cumple el 62.5% de las mujeres frente a un 50% de los varones. En definitiva, estos datos resaltan la capacidad de atracción del juego en sí mismo, al menos para los varones; y, como consecuencia de ello, el acercamiento a esta actividad suele deberse a los aspectos positivos que ofrece la misma: ganar dinero y entretenimiento.

Referido a los tratamientos previos, cabe destacar (1) por un lado, que mientras un 23.7% de los varones ha recibido algún tratamiento para solucionar el problema de juego, esta cifra se incrementa, en el grupo de mujeres, a un 62.5%; (2) y por otro, que entre aquellos que han recibido asistencia por esta patología, las mujeres, por término medio, tienen un historial con mayor número de tratamientos que los varones ($\bar{x}_f=0.88$ versus $\bar{x}_v=0.29$). Un dato de difícil interpretación ya que, en principio, parece que no concuerda con esa clara tendencia entre las mujeres jugadoras a no acudir a consulta o a hacerlo más tardíamente. Es posible que cuando una mujer con problemas de juego acude a tratamiento, lo haga, como se viene indicando en este epígrafe, en unas condiciones de deterioro importantes y, quizá, bajo una menor presión externa de su entorno por desconocimiento del problema; de manera que cabría pensar que la decisión de dejar de jugar es firme y para conseguirlo buscaría la ayuda necesaria, las veces que fuera preciso. Asimismo, puede ser que la mayor patología asociada y la elección de esta actividad como medio para evadirse de otros problemas compliquen el tratamiento en el grupo de mujeres con problemas de juego, propiciando una búsqueda más activa de terapias que consigan solucionar el problema de juego y los demás problemas... que, quizá, causan un malestar todavía mayor.

Juego y alcohol, alcohol y juego; un binomio tradicional que en esta muestra vuelve a aparecer. Si bien en el presente estudio se excluía del mismo, por razones de diseño experimental, todos aquellos sujetos que tuviesen cierta dependencia del alcohol en el momento de acudir al programa de tratamiento, lo que imposibilita extraer cifras sobre el número de sujetos que comparten ambos problemas al solicitar ayuda profesional; esta exclusión no impide que salgan a la luz otras posibles relaciones del binomio. Por ejemplo,

el porcentaje de sujetos de la muestra que tiene algún antecedente familiar con problemas de alcohol asciende al 32.9%, cuando los antecedentes familiares de juego alcanzan un porcentaje sólo ligeramente superior (36.4%). Otro dato: el 13.6% de la muestra ha tenido problemas de alcohol en el pasado, cifra que asciende al 25% en el caso de las mujeres frente al 12.5% en los varones. Máquinas y bebida, bebida y máquinas, no hay que olvidar que en este país comparten espacios comunes.

13.2. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

13.2.1. Programa de tratamiento

El objetivo nuclear del presente estudio buscaba establecer la eficacia diferencial de los principales programas de tratamiento desarrollados hasta el momento, lo que suponía partir del argumento, ya analizado en otras investigaciones, de que aplicar un tratamiento provoca mejores resultados que la no intervención en el caso del juego patológico. No obstante, la limitada eficacia de algunas de las intervenciones realizadas en esta investigación evidencian el interés de comparar estos resultados con los obtenidos por un grupo control; y para ello se ha elegido el estudio elaborado por Echeburúa et al. (1994a), al aunar el uso de un grupo control (lista de espera) en un diseño controlado. Recordando que los criterios de éxito/fracaso de la presente investigación son los definidos por los citados autores, el porcentaje de éxito de los tratamientos cognitivos, con y sin sesiones de exposición, se sitúa en el 15%, cifra que asciende al 25% en el grupo control. Un dato que, sin duda, lleva a la reflexión, pues aunque se intente minimizar este resultado indicando que el porcentaje de éxito del grupo control se ha calculado a los seis meses de seguimiento, mientras que los datos de los grupos experimentales se refieren al año de haber concluido el tratamiento; es innegable que, en principio, el tratamiento cognitivo en cualquiera de sus dos modalidades (con y sin sesiones de exposición) arroja unos resultados que, incluso con la posibilidad de que la tendencia en el grupo control fuera a la baja con el paso del tiempo, poco o nada difieren de la evolución experimentada por un grupo de lista de espera.

Son los grupos en los que se aplica control de estímulos y exposición con prevención de respuesta los que obtienen mejores resultados al compararlos tanto con el citado grupo control como con los tratamientos cognitivos, pues el porcentaje de éxito asciende al 30% en la modalidad que no incluye sesiones cognitivas y al 55% en la que se añade terapia cognitiva. De hecho, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas y las dos modalidades de tratamiento cognitivo; pero no así entre el tratamiento de exposición y alguna de las otras intervenciones. Un resultado que pone de manifiesto tres aspectos relevantes, a saber:

1. *Necesidad de incluir el componente de exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico.* La elección de este componente como técnica principal en el tratamiento del juego patológico incrementa, con respecto a los tratamientos cognitivos:
 - (a) la tasa de éxito de la intervención al año de haber concluido ésta
 - (b) el porcentaje de abstinencia en el seguimiento entre aquellos que se mantienen en tratamiento, porcentaje que va incrementándose en los sucesivos seguimientos

2. *Mayor eficacia del tratamiento cuando se introducen ambos componentes: exposición con prevención de respuesta y terapia cognitiva.* Si al componente de exposición se le añade la terapia cognitiva la mejora con respecto al tratamiento exclusivo de exposición con prevención de respuesta se observa en:

- (a) la tasa de éxito de la intervención al año de haber concluido ésta
- (b) el porcentaje de abandonos a lo largo del programa de tratamiento
- (c) el porcentaje de sujetos que manifiestan una conducta de asistencia a consulta adecuada

3. *Relevancia del orden en la aplicación de los componentes: 1º exposición y 2º terapia cognitiva.*

La tasa de éxito del tratamiento de exposición con sesiones cognitivas es significativamente superior a aquel otro en el que se aplican los mismos componentes pero en orden inverso.

Al plantearse las posibles razones de esta mayor eficacia de los tratamientos de exposición con prevención de respuesta surge una respuesta inmediata: la activación psicofisiológica desempeña un papel relevante en el mantenimiento de las conductas de juego y su modificación resulta crucial en el objetivo de dejar de jugar. Como se analizará en el siguiente epígrafe, esta explicación no se ve contrastada; por lo que, quizá, deba pensarse en otro argumento, en este caso de corte práctico, que apuntaría hacia la mayor eficacia de los tratamientos en los que se *hace* (ejecución de conductas motoras) frente a aquellos en los que se *razona*; lo que serviría también para argüir que en las intervenciones que incorporan ambos componentes resulta más eficaz el que primero hace (cambio motor) y luego, si es necesario, razona (cambio cognitivo). Una reflexión que ya se ha realizado en otros ámbitos como los trastornos depresivos, donde la técnica del ensayo conductual, que refleja perfectamente esta filosofía («primero, hago; y después, compruebo que las predicciones negativas no se han cumplido y, por tanto, lo erróneo de mi pensamiento»), ha adquirido gran relevancia en el tratamiento de esta patología. En el caso del juego patológico sería algo similar: primero, se comprueba que no se tiene por qué jugar en situaciones en las que antes se daba esta conducta; y después, cuando ese distanciamiento del juego favorecería un análisis más objetivo de las posibilidades de ganar y de la ausencia de control sobre los resultados del juego, se examina la inexactitud de ciertos pensamientos referidos al juego. Si se cambia el orden de los factores es posible que el sujeto comprenda y acepte la irracionalidad que marca sus razonamientos, pero no está claro en que medida este cambio cognitivo contribuye a romper el hábito de juego (que con independencia de la influencia de otros posibles factores de mantenimiento, funciona bajo un programa de razón variable), y si no consigue controlar la conducta motora de jugar, esto es, si no se alcanza el objetivo terapéutico, además de la pérdida de motivación de cambio que puede surgir, parece muy probable que el cambio cognitivo se vaya disipando (debido a esa tendencia del ser humano a emitir *razonamientos* ilógicos, sobre todo en el terreno del azar) ante ciertos resultados del juego que, invariablemente, reforzarán de nuevo las creencias erróneas.

A pesar de los escasos resultados de la intervención cognitiva y del papel secundario que se le está otorgando a esta técnica en el tratamiento del juego patológico; hay que destacar la importancia de incorporar dicho componente a la exposición con prevención de respuesta. Como ya se ha indicado, la adición de una técnica encaminada a identificar y modificar las distorsiones cognitivas referidas al juego de azar proporciona unos resultados, que si no son estadísticamente significativos, sí son clínicamente relevantes, ya que no sólo mejora la tasa de éxito de la exposición con prevención de respuesta sino también su adherencia al tratamiento (siempre y cuando se aplique después de la técnica de exposición).

De todas maneras, la responsabilidad que se le está atribuyendo al tratamiento cognitivo por los escasos resultados alcanzados puede no deberse al objetivo que persigue sino a la forma de aplicarse. Retomando el argumento de la mayor efectividad de los tratamientos que involucran a los pacientes en la realización de tareas *tangibles*, cabría plantearse la posibilidad de aplicar esta intervención de forma que el jugador se implicara más activamente en la misma. De hecho, los propios autores de esta variedad de terapia cognitiva proponen dos soluciones ante la observación de que la intensidad de los hábitos de juego afecta a la modificación de las cogniciones erróneas del sujeto, persistiendo tales distorsiones con mayor fuerza entre jugadores con unos hábitos de juego más marcados (Ladouceur et al., 1988a; 1989; Savoie y Ladouceur, 1995); (1) por un lado, prolongar la intervención y (2) por otro, verificar “in vivo” el fundamento de estos pensamientos tomando nota de los resultados de cada apuesta. La primera propuesta, al hilo de los datos obtenidos en el presente estudio, no parece muy adecuada; ya que en primer lugar la terapia cognitiva aplicada después del tratamiento de exposición incrementa en un 25% la tasa de éxito de esta técnica, cuando el porcentaje de éxito de la terapia exclusivamente cognitiva no supera el 15%, siendo la duración de ambas intervenciones cognitivas similar o, incluso, inferior en el primer caso; en segundo lugar, alargar las sesiones dedicadas a la terapia cognitiva al inicio del tratamiento supondría, probablemente, un incremento de la tasa de abandono. La segunda propuesta parece más adecuada, ya que la identificación y modificación de las distorsiones cognitivas in situ, esto es, jugando en una situación real, favorecería una mayor implicación por parte del paciente, un aprendizaje más sencillo y duradero, así como, posiblemente, una mayor validez de lo expuesto. Si además se ofrece la oportunidad de que el jugador elija el lugar y/o la máquina preferida (reflejo de algún sesgo cognitivo) el campo está abonado a la emisión de verbalizaciones irracionales, favoreciendo la posibilidad de trabajar con ellas. Sin embargo, aún cuando estas modificaciones en la aplicación de la terapia cognitiva consiguieran eliminar por completo las verbalizaciones inadecuadas, eso no significa que vaya a producirse una supresión también completa de los hábitos de juego.

En definitiva, los resultados obtenidos permiten concluir que, en estos momentos, en el tratamiento del juego patológico resulta más eficaz aplicar una técnica de exposición (30%) que una terapia cognitiva (15%); no obstante, incorporar el componente cognitivo a la exposición con prevención de respuesta tiene un efecto más que aditivo en la eficacia del tratamiento, potenciando su tasa de éxito ($55\% > 30\% + 15\%$).

Al desglosar la tasa de fracaso, la condición de abandono del tratamiento sobresale del resto (31.6%, -40.4% cuando se incluyen las expulsiones del tratamiento-), duplicando, incluso, el porcentaje de recaídas (15.8%), que es la segunda circunstancia por la que se producen más fracasos terapéuticos. Hay además dos categorías que hacen referencia a ciertas situaciones en las que, una vez finalizadas las sesiones de intervención, se descubre que los sujetos han ocultado su implicación en el juego, ya sea en el tratamiento o en el seguimiento, y cuyo porcentaje asciende a un 21% (cifra a la que se puede añadir el 8.8% de sujetos de los que se sospecha que siguen jugando -29.8%-). Unos resultados que destacan el elevado porcentaje de fracaso debido a abandono, en el sentido estricto del término, o a expulsión del mismo por motivos que incluyen las faltas reiteradas a consulta, la no realización de las tareas para casa u ocultar o mentir sobre la propia conducta de juego. Ante este hecho parece inevitable hacer dos observaciones:

1. *Necesidad de reducir la tasa de abandono.* Cualquier tratamiento que busque incrementar su eficacia debe plantearse la necesidad de desarrollar, además de técnicas que reduzcan la tasa de recaídas, métodos que disminuyan el número de abandonos. En consecuencia, conocer los momentos

de mayor riesgo de abandono permitiría aplicar esos métodos de forma temporalmente más precisa; y en este sentido el presente estudio arroja dos datos de suma relevancia, a saber: (1) durante el periodo de tratamiento, la quinta sesión se erige en el momento crítico de abandono del programa, (2) y en el seguimiento, periodo que sufre mayor riesgo de abandono, los seis primeros meses después de haber finalizado el tratamiento constituyen una fase crítica en la que el riesgo de abandono va en aumento. Una evolución del abandono que puede explicarse en función de la conducta de juego: cuando el riesgo de jugar disminuye paulatinamente en las cinco primeras sesiones de tratamiento, entonces la confianza en que el problema está controlado hace su aparición y con ella el riesgo de abandono del tratamiento; por otra parte, el periodo de seguimiento, en el que las sesiones se distancian en el tiempo, aumenta el riesgo de jugar en unos niveles próximos a los iniciales, recaídas que en muchos casos conllevan también el abandono del programa de tratamiento.

2. *Necesidad de identificar y controlar los engaños sobre la propia conducta de juego.* Mientras que una parte de la tasa de abandonos puede ser resultado del diseño de la intervención, y por tanto susceptible de verse modificada a través de los cambios realizados en el programa de tratamiento; las conductas de engaño acerca de la implicación en el juego no parecen depender de las características del tratamiento sino más bien de la fase, dentro del curso del trastorno, en la que el jugador acude a consulta. En este sentido, de posibles modificaciones de los tratamientos no debería esperarse una disminución en las conductas de engaño sino un incremento en la identificación de las mismas que permita poner en marcha las medidas oportunas.

La marcada reducción que, por término medio, experimentan los parámetros de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio cuando, con independencia del tipo de intervención recibida, los jugadores manifiestan de nuevo un patrón de juego regular, hace retomar el debate sobre cuál debe ser el objetivo terapéutico: la abstinencia completa o un juego controlado; pues esta menor frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego en el postratamiento y a lo largo del seguimiento ratificaría la opinión de Blaszczynski et al. (1991a) de que el juego controlado no es una respuesta temporal que inevitablemente esté abocada a la pérdida de control subsiguiente. Como ponen de manifiesto diversos autores, decantarse en esta controversia por el objetivo de un juego controlado podría suponer, más allá de concepciones teóricas, una forma de reducir la tasa de abandonos, entre otras razones porque resulta una alternativa de tratamiento más atractiva para los jugadores; y, siguiendo con este razonamiento, si el paciente está de acuerdo con el objetivo terapéutico es más probable que se implique en el tratamiento para la consecución del mismo y menos probable que engañe sobre su conducta de juego. Asimismo, a partir del cambio observado en las conductas motoras emitidas durante el juego en el presente estudio, cabría plantearse la posibilidad de definir el criterio de juego controlado estableciendo no sólo los parámetros tradicionales, esto es, una frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego determinadas sino también un cambio en la topografía de la misma. En este sentido, se avanza varias conductas motoras que podrían ayudar a delimitar el criterio de juego controlado: (a) introducir las monedas en la máquina de una en una, (b) dar a los botones de la máquina suavemente, (c) no acercarse a mirar los «rodillos», (d) desatención a ciertas *oportunidades* que ofrece el juego, limitando el número de veces que se participa en los juegos adicionales que incluyen los distintos modelos de máquinas, (d) y no reinvertir el posible dinero ganado en el juego.

La reducción de los parámetros de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio se acompaña de una mejora, tras el tratamiento, en el grado de funcionamiento del sujeto en esas áreas que previamente se veían afectadas por el juego, como el trabajo, la vida social, las actividades de ocio, la relación de pareja o la vida familiar. Una mejoría general que se incrementa paulatinamente hasta el sexto mes de seguimiento, ya que a partir de este período, aunque se sigan produciendo ciertos cambios de vida ya no alcanzan la significación estadística. En cualquier caso, el cambio fundamental, al igual que en los parámetros de la conducta de juego, es el que surge entre el pre y el postratamiento. En cuanto a la sintomatología depresiva y al estado de ansiedad existe un descenso progresivo en las puntuaciones del BDI y del STAI (A-E) respectivamente, siendo, de nuevo, el cambio postratamiento el más intenso.

No obstante, aunque ya se ha destacado que todas las intervenciones consiguen una reducción importante en la frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio, es el tratamiento cognitivo el que mantiene unos valores más elevados en el postratamiento y en los sucesivos seguimientos; de la misma manera es también el que manifiesta mayores fluctuaciones en el grado de adaptación del sujeto, sobre todo en el noveno mes y al año de seguimiento. Unos resultados que probablemente estén relacionados, y que, en caso de establecer como objetivo terapéutico un juego controlado, plantearían la necesidad de delimitar cuidadosamente los nuevos parámetros de la conducta de juego, asegurándose de que la inversión en tiempo y dinero no va a afectar a otras áreas de la vida del sujeto, para lo cual será preciso que el entorno del jugador acepte las condiciones de ejecución de esta actividad; quizá unos de los puntos más complicados de conseguir, ya que lo que tiene de atractivo este objetivo para el jugador, es posible que lo tenga de inadmisibles para el familiar o personas próximas.

Diversos estudios coinciden en indicar que las recaídas se producen fundamentalmente en los tres primeros meses tras la terminación del tratamiento; sin embargo, en este estudio los seis y doce meses de seguimiento constituyen los períodos en los que se produce el mayor porcentaje de recaídas (20.5% y 21.2%, respectivamente). Una posible explicación de esta discrepancia puede encontrarse en el modo de calcular dicho porcentaje, pues si bien la tendencia de los estudios precedentes es la de utilizar como valor de referencia el tamaño de la muestra que ha sido tratada, en la presente investigación los porcentajes se calculan atendiendo al número de sujetos que, en cada período de seguimiento, permanecen en el programa de tratamiento, con objeto de que los abandonos a lo largo de los sucesivos seguimientos (que, además, pueden ser consecuencia de una recaída) no incrementen artificialmente el porcentaje de abstinencia. Si un porcentaje importante de recaídas se produce en el sexto mes y el año de seguimiento y, además, el riesgo de jugar y de abandono es mayor durante el período de seguimiento, la necesidad de diseñar un programa de intervención continuado, que preste especial atención a estos períodos, parece ampliamente justificado.

13.2.2. Activación psicofisiológica

El juego, actividad que inevitablemente sugiere la imagen de unos ojos que no pierden de vista la diminuta bola que al girar salta de una cifra a otra, o el repiqueteo de un bolígrafo en la mesa mientras se escucha una letanía de números o la tensión de unas manos que golpean con fuerza unos botones centelleantes, parece provocar una serie de emociones: entusiasmo, exaltación, agitación, irritación..., hasta el punto de considerar a esta excitación la droga del jugador; se dice que el jugador patológico se convierte en adicto a su propio arousal. En esta línea, la mayoría de los estudios reflejan, bien a través de medidas

psicofisiológicas, bien por medio de índices subjetivos, que existe este aumento de la activación asociado a la conducta de juego. En el presente estudio, de nuevo, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el período de juego y la línea-base en las dos medidas psicofisiológicas analizadas, la respuesta electrodérmica (SCL) y la tasa cardíaca (HR); un incremento del período de juego con respecto a la línea-base que se repite tanto en las sesiones de juego pre como postratamiento. Todo apunta a que el juego provoca un aumento en la activación que es interpretado por el jugador como excitación, contribuyendo al mantenimiento de la conducta de juego. Pero, al menos en el presente estudio, aparecen también dos datos que cuestionan, en cierta manera, la inseparable unión entre juego y excitación, (1) por un lado, la realización de esta actividad como fuente de emociones no es uno de los principales motivos esgrimidos por los jugadores para justificar su conducta de juego, ni al inicio de involucrarse en esta actividad (2.3%), ni cuando el juego se convierte en una conducta habitual (8%); (2) y por otro lado, la medida subjetiva de activación durante el período de juego no refleja una percepción de excitación en los propios jugadores, esto es, frente a cambios fisiológicos importantes los sujetos perciben su estado de ánimo durante el juego normal en el pretratamiento e, incluso, próximo a la relajación en el postratamiento. Resultados que, aunque no se descarta que puedan deberse a un sesgo de medida (por el diseño de la evaluación, de los instrumentos de medida o provocado por cierta deseabilidad social, en este último caso sobre todo en el postratamiento), no dejan de plantear la posibilidad de que ese aumento de la activación psicofisiológica no se interprete como excitación por parte de los jugadores o, incluso, que no perciban el cambio fisiológico, aun cuando éste pueda ser importante.

Si se analiza la evolución de las respuestas psicofisiológicas a lo largo de las sesiones de juego, se observa que el cambio entre el período de juego y la línea-base es mayor en la primera y tercera sesión de evaluación psicofisiológica y menor en la segunda (que es la que se realiza de forma contigua a la primera), una tendencia que se manifiesta tanto en el pre como en el postratamiento. Este resultado estaría reflejando la habituación que se produce a la situación de juego a corto plazo, ¿se podría hablar de cierta tolerancia, al menos momentánea?; lo que sí puede decirse es que esta menor activación, de nuevo, no es percibida o interpretada de esta manera por el jugador.

En definitiva, en este estudio el incremento de la respuesta electrodérmica (SCL) y de la tasa cardíaca (HR) durante el período de juego no implica una percepción subjetiva de excitación. Ante este hecho, algunos modelos teóricos alegarían que esta necesidad de percibir un estado superior de arousal es la que justifica que el sujeto se implique cada vez más en el juego; sin embargo, no hay que olvidar que una escasa proporción de la muestra realiza esta actividad con la finalidad de incrementar su nivel de activación. Pero además, no debe pasarse por alto que de los siete estudios revisados que comparan la tasa cardíaca de jugadores y no jugadores (o jugadores de baja frecuencia) en situación de juego son cuatro los que no encuentran diferencias estadísticamente significativas. Es posible, por tanto, que además de no percibir a nivel subjetivo el cambio fisiológico producido durante el juego, los jugadores patológicos no manifiesten una activación fisiológica en esta situación diferente a la que podría experimentar la población normal.

Por otra parte, como ya se adelantaba en el epígrafe anterior, los tratamientos de exposición con prevención de respuesta no reducen significativamente la activación psicofisiológica postratamiento, ya que no aparecen tales diferencias ni entre las sesiones pre y sus equivalentes postratamiento en estas intervenciones ni entre los grupos experimentales en la evaluación psicofisiológica postratamiento. Un dato que reitera el discutible papel de la activación en el mantenimiento de las conductas de juego. No obstante, es posible que la habituación que se pretende con la técnica de exposición efectivamente se alcance, pero

su manifestación no sea inmediata, precisando de más tiempo; lo que implicaría realizar alguna evaluación psicofisiológica durante el seguimiento y no sólo en el postratamiento. Asimismo, el tipo de análisis estadístico realizado con los registros psicofisiológicos podría haber contribuido a esta ausencia de diferencias, pues quizá sea conveniente -puesto una vez más de manifiesto que existen diferencias estadísticamente significativas entre el periodo de juego y la línea-base- subdividir el periodo de juego en función de la actividad que esté desarrollando el jugador en ese momento (introducción de monedas, manejo de botones, participación en los juegos adicionales, aparición de un premio) y comparar cada una de estas fases entre el pre y el postratamiento, en vez de utilizar un estadístico de tendencia central para resumir todo el periodo de juego (aunque incluso este tipo de análisis tendría que reflejar ciertas diferencias si estas fueran importantes).

En cualquier caso, la posibilidad de que la activación psicofisiológica no juegue un papel tan relevante en el mantenimiento de la conducta de juego como se le suponía y que el tratamiento de exposición no alcance su objetivo de modificar los niveles de las respuestas psicofisiológicas, plantea el interrogante de por qué funciona una técnica como la exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico. Aunque ya se ha propuesto una explicación tentativa, cuando se argumentaba la mayor eficacia de los tratamientos en los que se ejecutan conductas motoras frente a los que proponen exclusivamente un cambio cognitivo, se precisa de alguna respuesta específica que justifique por qué este tratamiento es efectivo con independencia de que la intervención cognitiva no lo sea tanto. En este sentido, quizá sea necesario destacar el papel del control de estímulos -técnica que precede y acompaña a la exposición- como principal artífice de la supresión del programa de razón variable que mantiene la conducta de juego; pudiendo residir el valor de la exposición, principalmente, en su capacidad para incrementar la percepción subjetiva de control y las habilidades de afrontamiento en esas situaciones asociadas al juego. Si con objeto de eliminar la conducta de juego se aplica exclusivamente control de estímulos (como suele hacerse en los grupos de autoayuda), es de suponer que el sujeto perciba que carece de estrategias para hacer frente a situaciones de juego que, hasta ese momento, ha estado evitando; pero si de forma sistemática el sujeto se va exponiendo a tales circunstancias, mientras el control de estímulos se atenúa, parece inevitable que acabe desarrollando cierto sentimiento de control, lo que favorece un afrontamiento más eficaz de dichas situaciones (por otro lado, tan comunes que no podrían evitarse indefinidamente) que, a su vez, revertirá en una mayor percepción de control. Se estaría proponiendo, por tanto, que la eficacia de la exposición no se basa en la habituación sino en la oportunidad que ofrece para el desarrollo de habilidades de afrontamiento y como consecuencia, la aparición de un sentimiento de eficacia y control en aquellas situaciones relacionadas con el juego. Y una última reflexión, el cambio estadísticamente significativo que aparece entre el pre y el postratamiento cuando la activación se evalúa mediante autoinforme (diferencia que, como ya se ha indicado, no aparece en el registro fisiológico) ¿no podría ser resultado de una mayor percepción de control sobre la propia conducta de juego?.

13.2.3. Distorsiones cognitivas

El ocaso de la metáfora del hombre como científico puso de manifiesto las limitaciones existentes en el procesamiento de la información y con ello los heurísticos y sesgos que alejan al hombre de ese proceder racional estricto; propiciando que en los juegos de azar, tarea que plantea la dificultad de evaluar la

probabilidad de un evento incierto, el centro de atención se haya desplazado al estudio de las distorsiones cognitivas. En la actualidad, los modelos explicativos de la conducta de juego destacan el papel de tales distorsiones en el mantenimiento de un juego problemático. Ante la paradoja de por qué el jugador persiste en una empresa que sólo produce pérdidas; la ilusión de control, las falacias del jugador o la correlación ilusoria, entre otros muchos sesgos, parecen justificar esta conducta.

De los instrumentos y tareas utilizados para evaluar los pensamientos irracionales destaca el método de pensar en voz alta, que consiste en la grabación, tras un completo entrenamiento, de las verbalizaciones de los sujetos durante el juego. La ventaja más destacable de este método es la posibilidad que ofrece de evaluar de forma precisa los productos cognitivos concurrentes a la situación de juego, pensamientos que de forma tan concreta y específica son inaccesibles a otros instrumentos. El hecho de que este método no interfiera con la tarea a realizar por el sujeto, esto es, verbalizar el proceso en alto no afecta a la manifestación conductual del mismo, excepto en un ligero decremento de la velocidad de actuación, justifica su validez (Ericsson y Simon, 1980; Griffiths, 1994). Es el equipo de Ladouceur el que más lo ha utilizado y desarrollado en el ámbito del juego, proponiendo una clasificación posterior de tales verbalizaciones en adecuadas e inadecuadas. En este sentido parece más precisa la codificación propuesta por Walker (1992b) de cinco categorías: frases descriptivas, racionales, irracionales, emocionales y otras; y dos índices de medida: la tasa de producción de frases irracionales y la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias. Así sistematizado, el presente estudio arroja un porcentaje de acuerdo interjueces del 86.77%, cifra aceptable y ligeramente superior al porcentaje alcanzado en la investigación original (84%), que acredita la fiabilidad de este método de observación de las distorsiones cognitivas.

La mayor adecuación de evaluar una conducta con múltiples instrumentos y de diversa índole, suscitó la necesidad de desarrollar instrumentos de autoinforme ad hoc, como el Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996), cuyo estudio psicométrico, con la limitación que supone haberlo aplicado exclusivamente a la población de jugadores patológicos, también muestra una buena fiabilidad (0.82) y una validez de constructo basada en tres factores que, de los principales sesgos y heurísticos que emergen en una situación de juego de azar, destacarían la ilusión de control, el heurístico de la representatividad junto con la correlación ilusoria y la predicción de resultados, en general.

Una vez comprobada la idoneidad de tales instrumentos, se requiere analizar los resultados obtenidos porque, aunque parece lógico extrapolar a la población de jugadores patológicos las conclusiones extraídas de las investigaciones que, fundamentalmente con muestras normales o análogas, han delimitado y cuantificado los pensamientos irracionales característicos de una situación de juego de azar, resulta necesario confirmar la existencia de tales pensamientos en jugadores patológicos. Los resultados destacan los siguientes aspectos:

1. *El predominio de verbalizaciones irracionales.* El presente estudio, utilizando un método observacional en una situación artificial de juego, corrobora el predominio de verbalizaciones irracionales en jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Cuando se analiza la proporción de frases irracionales frente al resto de comentarios emitidos por el sujeto (tasa de producción de frases irracionales) se obtiene una tasa media de 0.30, elevándose a 0.97 cuando se determina la tasa media de frases irracionales frente a racionales (tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias). Unas cifras que en el estudio original de Walker (1992b), con estudiantes que jugaban al menos una vez a la semana a las máquinas recreativas con premio, se

sitúan en 0.38 y 0.80, respectivamente. Mientras que la menor tasa de producción de frases irracionales en el presente estudio puede deberse a una mayor emisión de otro tipo de frases, que no necesariamente tienen que ser racionales; destaca la superioridad del segundo índice en los jugadores patológicos: cuando éstos hacen alusión a alguna estrategia en relación al juego, en un 97% de las ocasiones son incorrectas al no referirse a probabilidades objetivas sino más bien a unos intentos infructuosos de influir en el resultado (con la *suerte* o con los *conocimientos y habilidades* adquiridos sobre la máquina). Aunque diversos estudios en la población normal ya habían puesto de manifiesto la existencia de un número de percepciones erróneas mayor que el de percepciones adecuadas (Gaboury y Ladouceur, 1989; Ladouceur et al., 1996; Walker, 1992b), y a pesar de que algunos estudios indicaban, en muestras análogas de jugadores regulares, la tendencia a emitir más verbalizaciones erróneas durante el juego que los jugadores ocasionales (Coulombe et al., 1992; Griffiths, 1993b); las cifras oscilaban entre un 61-80%. En esta muestra de jugadores patológicos la cifra de sesgos cognitivos referidos al juego asciende al 97%, este incremento plantea la posibilidad de que la proporción de frases irracionales versus racionales pueda ser un indicador de la intensidad de la conducta de juego en un momento dado.

Por otra parte, la tenue tendencia que se observa en la tasa de producción de frases irracionales a aumentar con la exposición al juego, no provoca diferencias significativas entre las sesiones. Es posible que el efecto de dicha exposición se produzca a largo plazo, en la historia de juego del sujeto, y no a corto plazo, entre dos sesiones de juego consecutivas, como es el caso, donde además el periodo de juego es relativamente corto (mínimo 12'). Además no se debe descartar el efecto que la autoobservación puede estar provocando en la reducción de las verbalizaciones irracionales entre sesiones consecutivas.

2. *El heurístico de la representatividad, la correlación ilusoria, la realización de predicciones en una tarea basada en el azar y la ilusión de control: las distorsiones cognitivas más comunes.* Las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996), que agrupa frases características de los jugadores de máquinas recreativas con premio, destacan la insensibilidad al tamaño muestral, la falacia del jugador y la correlación ilusoria como los errores cometidos en mayor medida, seguidos por la realización de predicciones y la ilusión de control.

Los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario de Pensamientos sobre el Juego, subescala sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego, de Echeburúa y Báez (1991, citado en Echeburúa, 1994) destacan la ilusión de control, una focalización atencional selectiva en las ganancias y la subestimación de las pérdidas, como las distorsiones cognitivas que mejor caracterizan a los jugadores patológicos; que, por otra parte, presentan un número significativamente mayor de tales sesgos comparados con la población normal (Fernández-Montalvo et al., 1996).

El largo elenco de distorsiones cognitivas y el solapamiento entre muchas de ellas, que ha sido una de las principales críticas recibidas por las explicaciones heurísticas, posiblemente contribuye a que los diferentes inventarios destaquen unos u otros sesgos.

3. *El azar y la suerte: principales responsables de los resultados.* Al evaluar, con escalas tipo Likert, la atribución de causas a los resultados, el azar (54-56%) y la suerte (43-46%) se convierten en los principales responsables de la disposición de cerezas, limones, campanas y demás símbolos; aunque

los jugadores se resisten a descartar su propia habilidad (10%) de entre los factores que intervienen en el juego. Una distribución que, si bien difiere mucho de la obtenida por Keren y Wagenaar (1985) en jugadores de blackjack (18%, 45% y 37% respectivamente), debido, tal vez, a la distinta naturaleza de estos juegos; ratifica la participación de estos tres factores en los resultados del juego: por un lado, las reglas probabilísticas que controlan el juego y que son iguales para todos los jugadores, y por otro, la creencia en su suerte personal para realizar la apuesta correcta y en sus habilidades y destrezas con las que vencer el azar.

4. *Las mujeres: ¿un menor «conocimiento» sobre la máquina o un grado menor de irracionalidad?*

Los diferentes instrumentos de evaluación de las distorsiones cognitivas coinciden en la manifestación de una menor percepción de control entre las mujeres jugadoras de este estudio, pues mientras las puntuaciones medias en el Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996) indican que realizan menos predicciones sobre los resultados así como perciben una menor ilusión de control; las escalas tipo Likert, por su parte, reflejan una percepción algo más precisa de los juegos de azar, al estimar una probabilidad media de ganar menor y atribuir un mayor porcentaje de los resultados al azar en detrimento de la suerte y la habilidad. En el estudio realizado por Fernández-Montalvo et al. (1996), utilizando el Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa, 1994), las mujeres también presentan un número menor de sesgos, que según los autores se puede atribuir al uso de esta actividad principalmente como forma de escape de los problemas, motivo por el que resultaría más difícil el desarrollo de distorsiones cognitivas relacionadas con el juego en la población de mujeres jugadoras. Aunque esta comisión de menos sesgos cognitivos en una situación de juego de azar podría significar que las mujeres manifiestan un grado menor de irracionalidad en estas circunstancias, el mayor número de errores relacionados con el heurístico de la representatividad y la correlación ilusoria, junto con un mayor porcentaje de irracionalidad en las frases sobre estrategias, hace pensar que los errores cometidos por los jugadores patológicos son distintos en función del sexo. Si se tiene en cuenta que las mujeres de este estudio tienen una edad más avanzada que el grueso de la muestra de varones y que su inicio en el juego con máquinas recreativas es más tardío, cabe suponer que sus destrezas motoras en las máquinas de última generación sean menores que las de sus homólogos varones, facilitando que estos últimos alimenten su ilusión de control, mientras las mujeres mostrarían, sobre todo, cierta incapacidad para tener en cuenta la independencia entre eventos sucesivos.

Resultados, todos ellos, que confirman, como era de esperar, la preponderancia existente entre los jugadores patológicos de pensamientos irracionales referidos a los juegos de azar. Sin embargo, la relevancia concedida a las distorsiones cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de las conductas de juego no ha ido acompañada del estudio de la modificación de tales sesgos tras una intervención psicológica. En este punto, la presente investigación permite concluir que un tratamiento que incluya alguna técnica orientada al análisis objetivo de la probabilidad de ganar en los juegos de azar, conseguirá una reducción significativa de las distorsiones cognitivas, evaluadas con los tres tipos de instrumentos, entre el pre y el postratamiento; pero, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en las medidas tomadas en el postratamiento y en el seguimiento, obliga a destacar la disminución que también se produce, aunque no sea significativa, de dichos pensamientos en el tratamiento

de exposición. Es posible que una intervención, como el control de estímulos y exposición con prevención de respuesta, que consigue romper la cadena de conductas asociadas al hábito de jugar provoque directamente, sin necesidad de un tratamiento específico, un análisis más preciso de los juegos de azar. Se estaría planteando que la eliminación de la conducta de juego provoca por sí misma una cierta reducción de los sesgos característicos en los juegos de azar e, incluso, que propicia una mayor eficacia de la técnica cognitiva. En este sentido, no se pretende privar a las distorsiones cognitivas de su papel, posiblemente merecido dada la coherencia de los resultados, en el mantenimiento de la conducta de juego, sino destacar, de nuevo, que la principal responsabilidad pudiera recaer en el programa de razón variable: sólo cuando la conducta de juego deja de estar sujeta a este programa de reforzamiento, tiene sentido modificar las distorsiones cognitivas; ya que de otra manera se estaría pretendiendo extinguir, mediante cambios cognitivos, una conducta cuya emisión sigue estando reforzada positiva y, en cierta medida, también negativamente.

Se está proponiendo, por tanto, que sea la conducta de juego la que mantiene y fomenta los pensamientos irracionales y no a la inversa; tales pensamientos (que en cierto grado es una característica común al ser humano), como cualquier otra conducta, están asociados a ciertos estímulos que favorecen la aparición de los mismos, y en este sentido parece razonable suponer que la emisión de la conducta de juego (y los resultados conseguidos) es la situación primordial que va moldeando en número y contenido los pensamientos irracionales; aunque luego se produzca un feedback continuo, como muestra el estudio de Fernández-Montalvo et al. (1996) que encuentra una correlación positiva entre una mayor gravedad del problema del juego (medido con el SOGS) junto con un nivel mayor de consecuencias ocasionadas por el mismo (problemas con la justicia, puntuación más elevada en el BDI) y el mayor número de distorsiones cognitivas.

La importancia de modificar los sesgos cognitivos referidos a los juegos de azar se pone de manifiesto en el incremento de la eficacia del tratamiento de exposición cuando se añade la terapia cognitiva dirigida a tal fin; un resultado que no coincide con el estudio de Echeburúa et al. (1994a, 1996) en el que el tratamiento combinado (control de estímulos y prevención de respuesta + sesiones de terapia de grupo cognitivo-conductual) resulta el grupo experimental menos eficaz tanto a los seis meses como al año de seguimiento (37.5%). Una de las razones de esta disparidad podría encontrarse, retomando las sugerencias de los propios autores, en el formato utilizado que aplica simultáneamente las sesiones individuales y grupales (dos sesiones semanales); mientras que el protocolo del presente estudio, con una sesión semanal y la realización de la terapia cognitiva a continuación de la exposición, podría favorecer la asimilación de las habilidades aprendidas y, asimismo, la terminación del tratamiento no supondría, en este caso, un corte tan brusco que pudiera propiciar la aparición de recaídas. Pero, además, otra posible explicación haría referencia al contenido de las sesiones, ya que la terapia cognitivo-conductual incluye un amplio abanico de objetivos, de los cuales la reestructuración de las ideas irracionales relacionadas con el juego ocupa, como tema central, una sola sesión; mientras que la terapia cognitiva aplicada en la presente investigación plantea exclusivamente la reducción y corrección de los sesgos cognitivos asociados a una situación de juego de azar, lo que se traduce en cuatro sesiones que permiten trabajar con mayor profundidad un aspecto cuya modificación, como ya se ha comentado, requiere tiempo.

NOTA: Con objeto de poder ejemplificar el cambio cognitivo, en el Anexo G se transcriben las verbalizaciones emitidas por un sujeto durante el periodo de juego en situación artificial pre y postratamiento.

Parece lógico suponer que un análisis objetivo por parte del sujeto de la probabilidad de ganar en los juegos de azar reste interés a esta actividad, a su vez la ausencia de un cambio significativo en la activación psicofisiológica tras un tratamiento específico acentúa, de nuevo, la idea de que el atractivo del juego y la excitación producida por el mismo son dos aspectos diferentes; de manera que la pérdida de interés por esta actividad no tiene por qué ir acompañada de una reducción de la activación psicofisiológica; y analizando los efectos de los tratamientos en estas dos variables parece que lo relevante para dejar de jugar, después de eliminar el programa de reforzamiento, es reducir el interés del juego a través de la modificación de los sesgos cognitivos.

13.2.4. Factores predictores

Previo a cualquier comentario sobre el estudio de factores predictores, conviene recordar que, en algunos casos, el porcentaje de individuos correctamente clasificados no alcanza el 80%, disminuyendo la efectividad del modelo; por ello, los resultados obtenidos deben analizarse con la cautela necesaria y dándoles una orientación marcadamente exploratoria.

Parecía interesante buscar algún indicio que predijera, no sólo el éxito/fracaso del tratamiento, sino también dos de las circunstancias que reiteradamente aparecen en la intervención del juego patológico: abandono del programa de tratamiento y engaño sobre la implicación en el juego.

Con respecto a los factores predictores de éxito/fracaso del tratamiento cabe destacar la edad como una variable que, dicotomizándola en mayores y menores de treinta años, predice que cuanto más avanzada sea la edad del jugador más probabilidades hay de que fracase el tratamiento. Sin duda, una edad más avanzada significa una historia más larga de juego, una participación actual o pasada en mayor número de juegos, más intentos baldíos de dejar de jugar y, en definitiva, mayor gravedad del problema y de las complicaciones que acarrea; si a ello se le une un desinterés por el tratamiento, que quizá sea otro más, o la falta de motivación para el cambio, pues después de tantos años el juego forma parte, y una parte muy importante, de su vida; no resulta extraña esta predicción. Parece pertinente, por tanto, el desarrollo de programas de prevención que dirigidos a la población normal, y sobre todo a la población de riesgo, permitan detectar lo antes posible cualquier problema de juego, proporcionando al mismo tiempo recursos asistenciales, que en aras de conseguir un mayor número de adeptos no sean rígidos en el planteamiento de objetivos terapéuticos al valorar la abstinencia como la única meta posible.

Otras variables, como ciertas subescalas de la Escala de Adaptación, predicen de alguna manera el fracaso del tratamiento. En concreto, cuanto más siga afectando el problema de juego al trabajo (en el postratamiento y al sexto mes de seguimiento), a la vida social (postratamiento) y a la relación de pareja (sexto mes de seguimiento) más probable es que el tratamiento acabe fracasando. Parece que éstas son las tres áreas en las que más repercute el juego problemático o en las que más cuesta conseguir una normalización tras el tratamiento; por ello, los objetivos terapéuticos deben prestar atención, además de a la reducción de las conductas de juego a una mejora de la calidad de vida del sujeto, que no tiene por qué aparecer como consecuencia directa de dejar de jugar.

Dos medidas de las distorsiones cognitivas también predicen de alguna manera el fracaso terapéutico, por un lado la tasa de producción de frases irracionales (segunda sesión de juego postratamiento) y por otro, la escala tipo Likert que evalúa la probabilidad subjetiva de ganar (primera sesión de juego

postratamiento), lo que estaría alertando sobre la necesidad de mantener a largo plazo este cambio de percepción en los resultados del juego.

En la predicción del abandono del programa de intervención destacan tres variables, el número de síntomas de juego patológico (criterios DSM-IV), el comportamiento del paciente en consulta y la puntuación en las subescalas de trabajo (pretratamiento) y vida familiar (vida familiar) de la Escala de Adaptación. Cumplir un mayor número de criterios diagnósticos de juego patológico se traduce en mayor implicación en el juego y, posiblemente también, mayores deudas o dificultades económicas que son difíciles de ocultar, y en este sentido la necesidad de aparentar interés en dejar de jugar para que el entorno le resuelva, bajo este compromiso, dichas dificultades parece una estrategia común; en semejantes circunstancias no resulta extraño que el sujeto acabe abandonando en algún momento o sea expulsado del tratamiento. Del mismo modo, acudir tarde o faltar a consulta refleja una falta de motivación para el tratamiento que suele desembocar en el abandono del mismo.

Por último, entre los factores que predicen de alguna manera el engaño en el grado de implicación en el juego destacan el acudir acompañado a consulta (si el entorno acude a consulta es que está interesado en que el paciente deje de jugar, y en esta situación es en la que surgen las mentiras), el número de recaídas (a mayor número de recaídas mayor probabilidad de que el sujeto esté mintiendo sobre su conducta de juego), una mayor puntuación en el factor predicción de resultados del Inventario de Pensamientos aplicado en el pretratamiento y, de nuevo, varias subescalas de la Escala de Adaptación (trabajo, vida social, tiempo libre y vida familiar) realizadas en el pretratamiento y a los seis meses de seguimiento (relación de pareja).

La mayor puntuación en alguna de las subescalas de la Escala de Adaptación es un factor predictor que se repite en las tres variables y que, con independencia del mayor o menor valor predictivo, refleja la importancia de plantearse objetivos intermedios dirigidos a la mejora de la calidad de vida en ese camino hacia la reducción o abstinencia del juego.

13.3. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Se propone un programa de tratamiento dirigido a los jugadores de máquinas recreativas con premio, que consta de entre ocho y doce sesiones con una periodicidad semanal, y constituido por varios módulos relativamente flexibles en duración e intercambiables en el orden, dependiendo de la importancia que adquieran los diversos componentes en el análisis funcional de cada caso concreto. Los módulos centrales serían los siguientes: control estimular, autoexposición gradual en vivo con prevención de respuesta, reestructuración de las distorsiones cognitivas y prevención de recaídas; que pueden ir acompañados, según los casos, por el establecimiento de conductas alternativas al juego y/o de técnicas de solución de problemas.

Resulta obligado recordar las fases por las que pasan los jugadores patológicos, ya que una buena parte de los problemas que pueden aparecer a lo largo del tratamiento se basan en la falta de motivación para el cambio. Será la fase de pérdida, una vez que el jugador ha sido descubierto, en la que exista mayor peligro de engaño, ya que a una escasa motivación para el cambio se le une la necesidad de aparentar interés en dejar de jugar para que el entorno le ayude (económicamente) a salir de esa situación; y, por consiguiente, el terapeuta tendrá que estar especialmente alerta a los intentos de engaño comunes en este tipo de trastorno, con el agravante de que la información aportada por las personas más cercanas al entorno

del jugador puede estar sesgada, al no querer aceptar la idea de que sigue mintiendo y que no tiene ningún interés en dejar de jugar.

A continuación se destacan algunas consideraciones prácticas que pueden ser de utilidad para detectar posibles mentiras o en general dificultades que puedan surgir a lo largo de todo el proceso de intervención. De todo ello se deduce que el contacto regular con el entorno del jugador se hace imprescindible para contrastar la información y tomar las medidas oportunas en caso de que se detecte un desinterés por el tratamiento o engaños continuados, pues la intervención psicológica no le debe servir al jugador para encubrir sus conductas de juego.

Fase de evaluación pretratamiento

- ▷ Importancia de negociar el objetivo terapéutico con el paciente y los familiares y no plantear como única meta posible la abstinencia. Se trataría de potenciar objetivos intermedios, por otro lado imprescindibles para la consecución de la posible abstinencia final, como son la reducción estable de conductas de juego, facilitar y consolidar la adquisición de conciencia de enfermedad, aumentar la motivación para el cambio y reforzar la autoeficacia (incremento de la motivación para el tratamiento).
- ▷ Informar de las normas de funcionamiento del centro o consulta y precisar los motivos de expulsión del mismo. Para evitar posibles conflictos en el proceso de intervención, tanto con el paciente como con sus familiares, resulta pertinente poner de manifiesto las normas de funcionamiento (puntualidad, aviso previo cuando no se pueda acudir a consulta, realización de las tareas para casa...) e indicar y justificar los comportamientos que propician la expulsión del tratamiento.
- ▷ Si durante la línea-base y en la primera mitad del tratamiento el sujeto no apunta nada en el auto-registro y además comenta no acordarse en ningún momento del juego, es un indicativo suficiente para comenzar a sospechar de la información que proporciona el paciente.

Fase de tratamiento

Control de estímulos

- ▷ Cualquier crítica hacia las pautas, que parezca excesiva, puede indicar que la motivación para el cambio no es elevada, ya que en la explicación del control de estímulos se pone el suficiente énfasis en que es una técnica momentánea que se irá desvaneciendo a lo largo del tratamiento.
- ▷ Hay que asegurarse, con un contacto periódico, del mantenimiento de las pautas por parte de los familiares (en especial del coterapeuta), pues en algunos casos surgen modificaciones espontáneas que hay que controlar y valorar.

Autoexposición gradual en vivo con prevención de respuesta

- ▷ Es muy probable que los pacientes indiquen que les resulta difícil establecer aproximadamente diez situaciones de exposición, así que será necesario ayudarles en la tarea poniéndoles ejemplos (tomados de la información obtenida en la evaluación) en los que se varíen ciertos aspectos, como que estén solos o acompañados, que sea un lugar conocido o desconocido, que sea su máquina preferida o que sea una que no conocen, con dinero de sobra o el justo para la consumición, que se encuentre en una sala recreativa o un bar...

- Resulta necesario recalcar las condiciones en que debe hacerse la autoexposición:
 - No debe consumir alcohol durante la tarea.
 - Debe estar atento a todos los estímulos asociados a la máquina, no realizar actividades que interfieran con esta labor.
 - Apuntar los niveles de ansiedad al tiempo que realiza la tarea.
 - No escapar de la situación hasta que no se encuentre con un nivel de ansiedad igual o inferior a dos (escala 0-10).
- Si el sujeto no ha realizado o apuntado en el registro las tareas de exposición, el terapeuta será firme indicándole la obligatoriedad de su realización para continuar con las sesiones de tratamiento.
- A veces resulta difícil, aun cuando el sujeto esté muy motivado, disponer de tiempo suficiente para la realización diaria de las tareas de autoexposición, lo habitual es que algún día se falle. Por ello hay que sospechar si el sujeto, sesión tras sesión, trae registros muy similares en el número de veces que ha realizado la tarea y en el grado de ansiedad que le produce, con independencia de la dificultad del estímulo al que se expone y, sobre todo, en el caso de que no hubiera realizado la tarea de autoexposición en las primeras sesiones. También es un signo de sospecha, o al menos de una mala realización de la tarea, que el sujeto indique en todas las situaciones 0 en el grado de ansiedad.

Reestructuración de las distorsiones cognitivas

- Mientras se realiza la explicación de la noción de irracionalidad habrá que estar muy pendiente a las reacciones del paciente, pues comportamientos o expresiones que reflejen actitudes del tipo «eso ya lo sabía yo», «yo no pienso eso», «a mí ya no me ocurre nada de eso», «yo ya lo tengo muy claro»... podrían ser un signo de que sigue jugando, ya que la mayoría de los jugadores, aun cuando no presenten un gran número de distorsiones cognitivas, se sorprenden del funcionamiento aleatorio de las máquinas. Si no se sorprende o no hace comentarios que reflejen interés en este punto, se puede pensar que o bien no está prestando atención a las explicaciones (señal de falta de motivación) o bien quiere dejar claro que ya no juega (¿?) porque no piensa así.
- En la aplicación de esta técnica, dado que no existen signos externos como en el caso del control de estímulos o la exposición, hay que tener presente que las dificultades para identificar los engaños son mayores. Por ello se precisa de un contacto asiduo con el entorno del jugador con objeto de poder detectar cualquier señal indirecta que ponga en la pista de una posible ocultación del grado de implicación en el juego.

Fase de evaluación postratamiento

- Si durante el período de juego postratamiento (en una situación artificial) no se observan grandes cambios en la forma de jugar del sujeto (por ejemplo, sigue acercándose a mirar los rodillos, pulsa los botones con fuerza, no desatiende a los diferentes juegos u ocasiones de parar o modificar jugadas que la máquina le proporciona o recoge monedas para invertirlas de nuevo) y/o acepta el dinero ganado una vez finalizada la sesión, es muy probable que no se haya conseguido el cambio en los parámetros de la conducta de juego establecido en los objetivos terapéuticos.

- ▷ Recordatorio de los siguientes contactos. Dado que el riesgo de aparición de recaídas es muy alto en el seguimiento, el terapeuta debe resaltar la importancia de mantener contactos periódicos con el paciente y ofrecerle la posibilidad de solicitar ayuda terapéutica ante cualquier dificultad.

Fase de seguimiento

- ▷ El contenido de las sesiones de seguimiento debería ir enfocado no sólo a una comprobación de que *el sujeto se mantiene en los parámetros establecidos sino también a la revisión de ciertos contenidos terapéuticos que contribuyan a mantener en el tiempo los resultados obtenidos.*

13.4. DIRECTRICES FUTURAS

El desarrollo de futuras investigaciones en el campo del tratamiento psicológico del juego patológico debería prestar atención, entre otros, a los siguientes aspectos:

1. Necesidad de incluir los abandonos (a lo largo del tratamiento y seguimiento), la no aceptación del tratamiento y las condiciones en las que el sujeto engaña sobre su propia conducta de juego (lo que implica un contacto continuado con el entorno del jugador) en la tasa de fracaso. Debido a su elevado porcentaje, no contabilizar estas circunstancias supone incrementar la tasa de éxito de forma ficticia.
2. Diferenciar entre eficacia/efectividad/eficiencia. No debe olvidarse que la eficacia es la capacidad de producir resultados en una situación ideal, como puede ser una investigación controlada donde se establecen criterios rígidos de inclusión/exclusión, por ello en cualquier tratamiento que haya demostrado una eficacia aceptable se debería analizar además su efectividad, esto es, su capacidad para producir resultados en una situación real, que en el caso del juego patológico podría ser una población que comparte el problema de juego con una dependencia a alguna sustancia, por ejemplo el alcohol, o jugadores que tienen problemas con varios tipos de juego a la vez. Demostrada la efectividad quedaría por establecer la eficiencia, es decir, la relación entre efectividad y costes, lo que contribuiría a cubrir esa ausencia de recursos asistenciales en el juego patológico, sobre todo a nivel público.
3. *Plantearse objetivos terapéuticos flexibles que den cabida a otros intermedios cuya consecución ayude a alcanzar el objetivo final y, en cualquier caso, contribuya a mantener la motivación de cambio y refuerce la autoeficacia del paciente.* En este sentido, se propone el cambio de objetivos como un método que propicie una reducción en la tasa de abandono. Pero esta ventaja que se le atribuye al objetivo terapéutico de un juego controlado no exime del estudio de variables que precisen la descripción de dicho objetivo (parámetros de la conducta de juego, respuestas motoras durante el juego, momentos y lugares de juego...) y que delimiten las circunstancias en las que se puede plantear con suficientes garantías.

4. Posibilidad de mejorar la eficacia del tratamiento cognitivo modificando la forma de aplicación. La reducida eficacia del tratamiento cognitivo y, sin embargo, la relevancia de modificar las distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos plantea la necesidad de incrementar la tasa de éxito de este tratamiento, y quizá una forma de conseguirlo sea a través de un cambio de diseño donde el actual contenido se exponga en una situación de juego en vivo.
5. Necesidad de esclarecer el papel de la activación psicofisiológica en el mantenimiento de la conducta de juego. Para ello se precisa:
 - Realizar una evaluación psicofisiológica en situación de juego en la población normal.
 - Diseñar una sesión de evaluación psicofisiológica que permita analizar su registro en función de la actividad motora que esté desarrollando el sujeto en cada momento y en relación también al contenido de los pensamientos.
 - Determinar el papel de la exposición en el tratamiento del juego patológico, aplicando esta técnica sin control de estímulos para verificar si se consiguen los mismos resultados que su administración conjunta.
6. Con objeto de completar el estudio psicométrico del Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996) se requiere calcular su fiabilidad y validez en la población normal.
7. El estudio de factores predictores de éxito/fracaso y abandono del tratamiento sigue siendo una asignatura pendiente. Asimismo, en un trastorno caracterizado por el desarrollo, en algún momento dado, de conductas de engaño sobre la implicación en el juego, y el hecho, además, de no disponer de señales objetivas que denoten tales conductas (a diferencia de la dependencia de sustancias), plantea la necesidad de detectar factores indicativos de tales artimañas.

Pero concluir con un listado limitado, como el presente, podría contribuir a crear en el investigador una mayor ilusión de control, por eso parece más apropiado finalizar esta discusión recordando las palabras de Fleming (1978, p. 1), “un gran número de personas está dispuesto a arriesgar su dinero en el resultado de algún evento impredecible. Esto ha sido así desde el origen de la civilización”, del cual, se puede añadir, un porcentaje considerable acabará invirtiendo su dinero y el ajeno, el tiempo, el trabajo, la familia y los amigos en una actividad a la que el jugador le ha dedicado el tiempo suficiente para comprobar que a la larga se acaba siempre perdiendo... Palabras que nos sitúan de nuevo en el prólogo, porque el camino hacia el conocimiento del uso y abuso en los juegos de azar no ha hecho más que comenzar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, M.W. y Volberg, R.A. (1996). The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 143-160.
- Abt, V.; McGurrian, M.C. y Smith, J.F. (1985). Toward a synoptic model of gambling behavior. *Journal of Gambling Behavior*, 1 (2), 79-88.
- Adebayo, B. (1998). Gambling behavior of students in grades seven and eight in Alberta, Canada. *Journal of School Health*, 68 (1), 7-11.
- Allcock, C.C. y Grace, D.M. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22 (3), 307-311.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd edition) *DSM-III*. Washington: A.P.A.
- American Psychiatric Association (1987/1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- American Psychiatric Association (1994/1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Anderson, G. y Brown, R.I.F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 75 (3), 401-410.
- Anderson, G. y Brown, R.I.F. (1987). Some applications of reversal theory to the explanation of gambling and gambling addictions. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (3), 179-189.
- Apter, M.J. (1982). *The experience of motivation: the theory of psychological reversals*. London: Academic Press.
- Aranda, J.A.; Díaz, C.; García, J.L. y González, J. (1991). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Clinica y Salud*, 2 (2), 179-195.
- Arbinaga, F. (1996a). El juego patológico en estudiantes menores de 18 años: incidencia, uso de drogas y variables asociadas. *Adicciones*, 8 (3), 331-347.
- Arbinaga, F. (1996b). Conductas de juego con apuestas y uso de drogas en una muestra de estudiantes adolescentes de la ciudad de Huelva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (85), 577-601.
- Arcuri, A.F.; Lester, D. y Smith, F.O. (1985). Shaping adolescent gambling behavior. *Adolescence*, 20 (80), 935-938.
- Arribas, M.P. y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17 (52), 255-269.
- Atxaga, B. (1989). *Obabakoak*. Barcelona: Ediciones B.
- Báez, C.; Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas de personalidad y psicopatología de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clinica y Salud*, 5 (3), 289-305.
- Báez, C. y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (75), 125-145.
- Báez, C.; Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (75), 5-22.
- Bannister, G. (1977). Cognitive and behavior therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (3), 223-227.
- Barker, J.C. y Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146 (4), 285-302.
- Becoña, E. (1993a). *El juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega. I. Ciudades*. Xunta de Galicia: Servicio Galego de Saúde.

- Becoña, E. (1993b). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*, 9 (4), 353-369.
- Becoña, E. (1993c). Técnicas de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Ed.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (1995). Juego patológico. En V.E. Caballo, G. Buéla-Casal y J.A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos: Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos (vol. 1)* (pp.551-582). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Becoña, E. (1996a). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (1996b). Juego patológico: estudios de su prevalencia en España. *XXIII Jornadas Nacionales de Sociodroalcohol*. Oviedo, marzo.
- Becoña, E. (1996c). Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: The cases of German, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 179-192.
- Becoña, E. (1996d). *Escala de detección de la adicción a las máquinas tragaperras*. Material del Master en Modificación de Conducta: Intervención Conductual en Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Becoña, E. (1997). Características de la mujer jugadora patológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (1), 21-34.
- Becoña, E.; Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1993). Guía bibliográfica sobre el juego patológico. *Psicología Conductual*, 1 (3), 455-468.
- Becoña, E. y Fuentes, M.J. (1995). El juego patológico en Galicia evaluado por el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones*, 7 (4), 423-440.
- Becoña, E.; Labrador, F.; Echeburúa, E.; Ochoa, E. y Vallejo, M.A. (1995). Slot machine gambling in Spain: An important and new social problem. *Journal of Gambling Studies*, 11 (3), 265-286.
- Becoña, E. y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de E.G.B. *Psicothema*, 8 (1), 13-23.
- Bellaire, W. y Caspari, D. (1992). Diagnosis and therapy of male gamblers in a university psychiatric hospital. *Journal of Gambling Studies*, 8 (2), 143-150.
- Bentall, R.P.; Fisher, D.; Kelly, V.; Bromley, E. y Hawksworth, K. (1989). The use of arcade gambling machines: demographic characteristics of users and patterns of use. *British Journal of Addiction*, 84 (5), 555-562.
- Bergler, E. (1957/1985). *The psychology of gambling*. Unites States of America: International Universities Press, Inc.
- Bergh, C.; Eklund, T.; Södersten, P. y Nordin, C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27 (2), 473-475.
- Blackman, S.; Simone, R.V.; Thoms, D.R. y Blackman, S. (1989). The gamblers treatment clinic of St. Vincent's North Richmond Community Mental Health Center: Characteristics of the clients and outcome of treatment. *The International Journal of the Addictions*, 24 (1), 29-37.
- Blanco, A.L.; Llorca, G.; Manzano, J.M.; Díez, M.A. y Gómez, R. (1995). El jugador: estudio de la ludopatía a través de la obra de Fedor Dostoievski. *Información Psiquiátrica*, 139, 81-88.
- Blanco, C.; Orensanz-Muñoz, L.; Blanco-Jerez, C. y Sáiz-Ruiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: A psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 153 (1), 119-121.
- Bland, R.C.; Newman, S.C.; Orn, H. y Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (2), 108-112.
- Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, 1 (3), 409-440.
- Blaszczynski, A.P.; Buhrich, N. Y McConaghy, N. (1985). Pathological gamblers, heroin addicts and controls compared on the E.P.Q. 'Addiction Scale'. *British Journal of Addiction*, 80 (3), 315-319.

- Blaszczynski, A.P.; Wilson, A. C. y McConaghy, N. (1986a). Sensation seeking and pathological gambling. *British Journal of Addiction*, 81 (1), 113-117.
- Blaszczynski, A.P.; Winter, S. W. y McConaghy, N. (1986b). Plasma endorphin levels in pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (1), 3-14.
- Blaszczynski, A. y McConaghy, N. (1989a). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The International Journal of the Addictions*, 24 (4), 337-350.
- Blaszczynski, A.P. y McConaghy, N. (1989b). The medical model of pathological gambling: current shortcomings. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (1), 42-52.
- Blaszczynski, A.P.; McConaghy, N. y Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*, 67 (1), 35-42.
- Blaszczynski, A.; McConaghy, N. y Frankova, A. (1991a). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86 (3), 299-306.
- Blaszczynski, A.; McConaghy, N. y Frankova, A. (1991b). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *British Journal of Addiction*, 86 (11), 1485-1489.
- Blaszczynski, A. y McConaghy, N. (1993). A two to nine year treatment follow-up study of pathological gambling. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- Blaszczynski, A. y Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11 (2), 195-220.
- Blume, S.B. (1986). Treatment for the addictions: Alcoholism, drug dependence and compulsive gambling in a psychiatric setting. South Oaks Hospital, Amityville, New York. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3 (2), 131-133.
- Blume, S.B. (1987). Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (4), 237-247.
- Blume, S.B. (1989). Treatment for the addictions in a psychiatric setting. *British Journal of Addiction*, 84 (7), 727-729.
- Bombín, B. (1992a). *El juego de azar. Patologías y testimonios*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Bombín, B. (1992b). Análisis y evaluación de las diversas modalidades de tratamiento de la ludopatía (conferencia de clausura). II Congreso Andaluz de Jugadores de Azar Rehabilitados Organizado por ASEJER. Sevilla, diciembre.
- Boyd, W.H. (1976). Excitement: The gambler's drug. En W.R. Eadington (Ed.). *Gambling and Society*. Springfield, I.L.: Charles C. Thomas Publisher.
- Brenner, R. y Brenner, G.A. (1990). *Gambling and speculation: a theory, a history, and a future of some human decisions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, R.I.F. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *The International Journal of the Addictions*, 21 (9 & 10), 1001-1016.
- Brown, R.I.F. (1987a). Classical and operant paradigms in the management of gambling addictions. *Behavioural Psychotherapy*, 15 (2), 111-122.
- Brown, R.I.F. (1987b). Gambling addictions, arousal, and an affective/decision-making explanation of behavioral reversions or relapses. *The International Journal of the Addictions*, 22 (11), 1053-1067.
- Brown, R.I.F. (1987c). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: part four. Evaluation and summary. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (3), 202-210.
- Brown, R.I.F. (1987d). Models of gambling and gambling addictions as perceptual filters. *Journal of Gambling Behavior* 3 (4), 224-236.
- Brown, R.I.F. (1988). Reversal theory and subjective experience in the explanation of addiction and relapse. En M.J. Apter, J.H. Kerr y M.P. Cowles (Eds.), *Progress in Reversal Theory*. North-Holland: Elsevier Science Publishers.

- Brown, R.I.F. (1993a). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- Brown, R.I.F. (1993b). El papel de la activación, distorsiones cognitivas y búsqueda de sensaciones en las adicciones al juego. *Psicología Conductual*, 1 (3), 375-388.
- Brown, R.I.F. y Robertson, S. (1993). Home computer and video game addictions in relation to adolescent gambling: Conceptual and developmental aspects. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- Browne, B.R. (1993). The selective adaptation of the Alcoholics Anonymous program by Gamblers Anonymous. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- Buchta, R.M. (1995). Gambling among adolescents. *Clinical Pediatrics*, 34 (7), 346-348.
- Bühringer, G. y Konstanty, R. (1992). Intensive gamblers on German-style slot-machines. *Journal of Gambling Studies*, 8 (1), 21-38.
- Bujold, A.; Ladouceur, R.; Sylvain, C. y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25 (4), 275-282.
- Carlton, P.L. y Manowitz, P. (1987). Physiological factors as determinants of pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (4), 274-285.
- Carlton, P.L.; Manowitz, P.; McBride, H.; Nora, R.; Swartzburg, M. y Goldstein, L. (1987). Attention deficit disorder and pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (12), 487-488.
- Carlton, P.L. y Manowitz, P. (1992). Behavioral restraint and symptoms of attention deficit disorder in alcoholics and pathological gambling. *Neuropsychobiology*, 25 (1), 44-48.
- Carlton, P.L. y Manowitz, P. (1994). Factors determining the severity of pathological gambling in males. *Journal of Gambling Studies*, 10 (2), 147-157.
- Carrasco, J.L.; Sáiz-Ruiz, J.; Hollander, E.; César, J. y López-Ibor, J.J. (1994). Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (6), 427-431.
- Carroll, D. y Huxley, J.A. (1994). Cognitive, dispositional, and psychophysiological correlates of dependent slot machine gambling in young people. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (12), 1070-1083.
- Castellani, B. y Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *The International Journal of the Addictions*, 30 (3), 275-289.
- Chen, C.N.; Wong, J.; Lee, N.; Chan-Ho, M.W.; Lau, T.F. y Fung, M. (1993). The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong: II. Major findings. *Archives of General Psychiatry*, 50 (2), 125-133.
- Ciarrocchi, J. y Richardson, R. (1989). Profile of compulsive gamblers in treatment: Update and comparisons. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (1), 53-65.
- Ciarrocchi, J.W.; Kirschner, N.M. y Fallik, F. (1991). Personality dimensions of male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7 (2), 133-141.
- Comings, D.E.; Rosenthal, R.J.; Lesieur, H.R.; Rugle, L.J.; Muhleman, D.; Chiu, C.; Dietz, G. y Gade, R. (1996). A study of the dopamine D₂ receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, 6 (3), 223-234.
- Comisión Nacional del Juego (1995). *Memoria 1994*. Ministerio del Interior: Comisión Nacional del Juego.
- Comisión Nacional del Juego (1996). *Memoria 1995*. Ministerio del Interior: Comisión Nacional del Juego.
- Comisión Nacional del Juego (1997). *Memoria 1996*. Ministerio del Interior: Comisión Nacional del Juego.
- Comisión Nacional del Juego (1998). *Memoria 1997*. Ministerio del Interior: Comisión Nacional del Juego.
- Comisión Nacional del Juego (1999). *Memoria 1998*. Ministerio del Interior: Comisión Nacional del Juego.
- Corless, T. y Dickerson, M. (1989). Gamblers' self-perceptions of the determinants of impaired control. *British Journal of Addiction*, 84 (12), 1527-1537.

- Corney, W.J. y Cummings, W.T. (1985). Gambling behavior and information processing biases. *Journal of Gambling Behavior*, 1 (2), 111-118.
- Costa, N. (1988). *Automatic pleasures: The history of the coin machine*. London: Kevin Francis Publishing Ltd.
- Cotler, S.B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy*, 2, 579-584.
- Coulombe, A.; Ladouceur, R.; Desharnais, R. y Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies*, 8 (3), 235-244.
- Coventry, K.R. y Brown, R.I.F. (1993a). Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 88 (4), 541-554.
- Coventry, K.R. y Brown, R.I.F. (1993b). Sensation seeking in gamblers and non-gamblers and its relation to preference for gambling activities, chasing, arousal and loss of control in regular gamblers. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior and problem gambling* (pp. 25-49). Nevada: University of Nevada, Reno.
- Coventry, K.R. y Norman, A.C. (1997). Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors. *British Journal of Psychology*, 88 (4), 671-681.
- Crockford, D.N. y el-Guebaly, N. (1998). Naltrexone in the treatment of pathological gambling and alcohol dependence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43 (1), 86.
- Cruzado, J.A. y Labrador, F.J. (1993). Técnicas para la reducción de conductas operantes. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp.501-531). Madrid: Pirámide.
- Cruzado, J.A.; Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Desensibilización sistemática. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 396-421). Madrid: Pirámide.
- Cummings, C.; Gordon, J.R. y Marlatt, A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. En W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. U.S.: Pergamon.
- Cummings, W.T. y Corney, W. (1987). A conceptual model of gambling behavior: Fishbein's theory of reasoned action. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (3), 190-201.
- Custer, R.L. (1982). An overview of compulsive gambling. En P.J. Carone; S.F. Yoles; S.N. Kieffer y L. Krinsky (Eds.), *Addictive disorders update: alcoholism, drug abuse, gambling*. New York: Human Science Press.
- Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45 (12, sec.2), 35-38.
- Custer, R.L. (1987). The diagnosis and scope of pathological gambling. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Custer, R. y Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File Publications.
- Daghestani, A.N.; Elenz, E. y Crayton, J.W. (1996). Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (8), 360-363.
- Dell, L.J.; Ruzicka, M.F. y Palisi, A.T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *The International Journal of the Addictions*, 16 (1), 149-156.
- Derevensky, J.L.; Gupta, R. y Della Cioppa, G. (1996). A developmental perspective of gambling behavior in children and adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 12 (1), 49-66.
- Devlin, A.S. y Peppard, D.M. (1996). Casino use by college students. *Psychological Reports*, 78 (3, pt.1), 899-906.
- Dickerson, M.G. (1984). *Compulsive gamblers*. New York: Longman.
- Dickerson, M. (1990). Gambling: The psychology of a non-drug compulsion. *Drug and Alcohol Review*, 9, 187-199.

- Dickerson, M. (1993). Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual*, 1 (3), 339-349.
- Dickerson, M.G. y Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 10 (2), 139-141.
- Dickerson, M. y Adcock, S. (1987). Mood, arousal and cognitions in persistent gambling: preliminary investigation of a theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (1), 3-15.
- Dickerson, M.; Hinchy, J. y Fabre, J. (1987). Chasing, arousal and sensation seeking in off-course gamblers. *British Journal of Addiction*, 82 (6), 673-680.
- Dickerson, M.; Hinchy, J.; Schaefer, M.; Whitworth, N. y Fabre, J. (1988). The use of a hand-held microcomputer in the collection of physiological, subjective and behavioral data in ecologically valid gambling settings. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (2), 92-98.
- Dickerson, M.; Walker, M.; Legg England, S. y Hinchy, J. (1990a). Demographic, personality, cognitive and behavioral correlates of off-course betting involvement. *Journal of Gambling Studies*, 6 (2), 165-182.
- Dickerson, M.; Hinchy, J. y Legg England, S. (1990b). Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*, 6 (1), 87-102.
- Dickerson, M.; Cunningham, R.; Legg England, S. y Hinchy, J. (1991). On the determinants of persistent gambling. III. Personality, prior mood, and poker machine play. *The International Journal of the Addictions*, 26 (5), 531-548.
- Dickerson, M.; Hinchy, J.; Legg England, S.; Fabre, J. y Cunningham, R. (1992). On the determinants of persistent gambling behaviour. I. High-frequency poker machine players. *British Journal of Psychology*, 83 (2), 237-248.
- Dickerson, M.G.; Baron, E.; Hong, S.M. y Cottrell, D. (1996). Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: A National Survey. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 161-178.
- Dostoyevski, F.M. (1866/1994). *El jugador*. Madrid: Alianza Editorial.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4 (1), 7-20.
- Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿Una ruta común desde el "crack" al juego patológico?. *Psicología Conductual*, 1 (3), 321-337.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8 (2), 127-146.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador; J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 521-556). Madrid: Debate.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994b). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 557-589). Madrid: Debate.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clinica y Salud*, 5 (3), 251-258.
- Echeburúa, E.; Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20 (73), 617-643.

- Echeburúa, E.; Báez, C.; Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994b). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20 (74), 769-791.
- Echeburúa, E.; Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24 (1), 51-72.
- Egli, E.A. y Meyers, L.S. (1984). The role of video game playing in adolescent life: Is there reason to be concerned? *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22 (4), 309-312.
- Einhorn, H.J. y Hogarth, R.M. (1981). Behavioral decision theory: processes of judgment and choice. *Annual Review of Psychology*, 32, 53-88.
- Elia, C. y Jacobs, D.F. (1993). The incidence of pathological gambling among native americans treated for alcohol dependence. *The International Journal of the Addictions*, 28 (7), 659-666.
- Emerson, M.O. y Laudergeran, J.C. (1996). Gambling and problem gambling among adult minnesotans: changes 1990 to 1994. *Journal of Gambling Studies*, 12 (3), 291-304.
- Ericsson, K.A. y Simon, H.A. (1980). Verbal reports as data. *Psychological Review*, 87 (3), 215-251.
- Escotado, A. (1992). La ludopatía: entre la ética y la medicina (conferencia inaugural). *I Congreso Nacional de Ludopatía*. Valladolid, octubre.
- Estallo, J.A. (1995). *Los videojuegos. Juicios y prejuicios*. Barcelona: Planeta.
- Fabian, T. (1995). Pathological gambling: A comparison of gambling at German-style slot machines and "classical" gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11 (3), 249-263.
- Fernández, F.; Hand, I. y Friedrich, B. (1996). Terapia de conducta y tratamiento no sintomático en un caso de juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (84), 481-500.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (76), 211-223.
- Fernández-Montalvo, J.; Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Fisher, S. (1991). Governmental response to juvenile fruit machine gambling in the U.K.: Where do we go from here? *Journal of Gambling Studies*, 7 (3), 217-247.
- Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U.K. *Journal of Gambling Studies*, 8 (3), 263-285.
- Fisher, S. (1993a). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), 277-288.
- Fisher, S. (1993b). El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y el juego patológico en adolescentes: el caso de Reino Unido. *Psicología Conductual*, 1 (3), 351-359.
- Fisher, S. (1993c). The pull of the fruit machine: A sociological typology of young players. *The Sociological Review*, 41 (3), 446-474.
- Fisher, S. (1994a). Gambling in children and young people: A new pied piper. En C.S. Campbell (Ed.), *Gambling in Canada: The bottom line*. Burnaby: Simon Fraser University.
- Fisher, S. (1994b). Identifying video game addiction in children and adolescents. *Addictive Behaviors*, 19 (5), 545-553.
- Fisher, S. (1995). The amusement arcade as a social space for adolescents: an empirical study. *Journal of Adolescence*, 18, 71-86.

- Fisher, S. y Griffiths, M. (1995). Current trends in slot machine gambling: Research and policy issues. *Journal of Gambling Studies*, 11 (3), 239-247.
- Fisher, S. y Bellringer, P. (1997). *The young fruit machine player*. London: U.K. Forum on Young People and Gambling.
- Fleming, A.M. (1978). *Something for nothing: a history of gambling*. New York: Delacorte Press.
- Frank, M.L. (1990). Underage gambling in Atlantic City casinos. *Psychological Reports*, 67 (3, pt.1), 907-912.
- Frank, M.L. y Smith, C. (1989). Illusion of control and gambling in children. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (2), 127-136.
- Gaboury, A.; Ladouceur, R.; Beauvais, G.; Marchand, L. y Martineau, Y. (1988). Dimensions cognitives et comportementales chez les joueurs réguliers et occasionnels au blackjack. *International Journal of Psychology*, 23 (3), 283-291.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4 (4), 411-420.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1993). Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. *The Journal of Primary Prevention*, 14 (1), 21-28.
- Gaja, R. (1993). *Videojuegos. ¿Alienación o desarrollo?* Barcelona: Grijalbo.
- Galski, T. (1987). Psychological testing of pathological gamblers: research, uses and new directions. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- García, J.A. y Carretero, M. (1986). Estrategias en el razonamiento humano: tareas lógicas y probabilísticas. En M. Carretero; J.A. García; C. Huici; P. Lacasa; H. Peraita; J. Santa Cruz y V. Sierra (Eds.), *Psicología Cognitiva y Ciencia Cognitiva*. Madrid: UNED.
- Gardner, H. (1987). *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva*. Argentina: Paidós.
- Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (6), 1110-1126.
- Gilovich, T. y Douglas, C. (1986). Biased evaluations of randomly determined gambling outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22 (3), 228-241.
- Goldstein, L.; Manowitz, P.; Nora, R.; Swartzburg, M. y Carlton, P.L. (1985). Differential EEG activation and pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 20 (11), 1232-1234.
- Gómez-Jarabo, G. (1997). Monoaminas. En G. Gómez-Jarabo (Ed.), *Farmacología de la conducta. Manual básico para psicoterapeutas y clínicos* (pp. 109-120). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones, S.A.
- González, A.; Mercadé, P.V.; Aymami, N. y Pastor, C. (1990a). Variables de personalidad, juego patológico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17 (5), 203-209.
- González, A.; Mercadé, P.V.; Jaumá, J. y Pérez, O. (1990b). Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico. *XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Barcelona, septiembre.
- González, A.; Pastor, C.; Mercadé, P.V. y Aymami, N. (1990c). Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico. *XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Barcelona, septiembre.
- Gorney, A.B. (1968). Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 329-333.
- Govoni, R.; Rupcich, N. y Frisch, G.R. (1996). Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 12 (3), 305-317.
- Graham, J.R. y Lowenfeld, B.H. (1986). Personality dimensions of the pathological gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (1), 58-66.

- Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
- Griffiths, M.D. (1990a). The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 6 (3), 193-204.
- Griffiths, M.D. (1990b). The cognitive psychology of gambling. *Journal of Gambling Studies*, 6, 31-42.
- Griffiths, M.D. (1990c). Addiction to fruit machines: a preliminary study among young males. *Journal of Gambling Studies*, 6 (2), 113-126.
- Griffiths, M.D. (1991a). Amusement machine playing in childhood and adolescence: A comparative analysis of video games and fruit machines. *Journal of Adolescence*, 14 (1), 53-73.
- Griffiths, M.D. (1991b). Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling. *The Journal of Psychology*, 125 (3), 347-357.
- Griffiths, M.D. (1993a). Tolerance in gambling: an objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addictive Behaviors*, 18 (3), 365-372.
- Griffiths, M.D. (1993b). A study of the cognitive activity of fruit machine players. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- Griffiths, M.D. (1993c). Are computer games bad for children?. *The Psychologist: The Bulletin of the British Psychological Society*, 6, 401-406.
- Griffiths, M.D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85 (3), 351-369.
- Griffiths, M.D. (1995a). *Adolescent gambling*. London: Routledge.
- Griffiths, M.D. (1995b). The role of subjective mood states in the maintenance of fruit machine gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 11 (2), 123-135.
- Griffiths, M.D. (1995c). Towards a risk factor model of fruit machine addiction: A brief note. *Journal of Gambling Studies*, 11 (3), 343-346.
- Griffiths, M.D. y Hunt, N. (1995). Computer game playing in adolescence: Prevalence and demographic indicators. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 5, 189-193.
- Griffiths, M. y Minton, C. (1997). Arcade gambling: a research note. *Psychological Reports*, 80 (2), 413-414.
- Griffiths, M.D. y Hunt, N. (1998). Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports*, 82 (2), 475-480.
- Gupta, R. y Derevensky, J.L. (1996). The relationship between gambling and video-game playing behavior in children and adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 12 (4), 375-394.
- Gupta, R. y Derevensky, J.L. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13 (3), 179-192.
- Haller, R. y Hinterhuber, H. (1994). Treatment of pathological gambling with Carbamazepine. *Pharmacopsychiatry*, 27 (3), 129.
- Halpern, A.R. y Devereaux, S.D. (1989). Lucky numbers: Choice strategies in the Pennsylvania Daily Number game. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27 (2), 167-170.
- Haynes, S.N. (1994). Juicio clínico y diseño de programas de intervención conductual: estimación de la magnitud de los efectos de la intervención. *Psicología Conductual*, 2 (2), 165-183.
- Henslin, J.M. (1967). Craps and magic. *American Journal of Sociology*, 73, 316-330.
- Hernández, F.L. (1996). *La regulación de los juegos de azar*. Madrid: Editorial Tecnos, S.A.
- Hollander, E.; Frenkel, M.; DeCaria, C.; Trungold, S. y Stein, D.J. (1992). Treatment of pathological gambling with clomipramine. *American Journal of Psychiatry*, 149 (5), 710-711.
- Hong, Y.Y. y Chiu, C.Y. (1988). Sex, locus of control, and illusion of control in Hong Kong as correlates of gambling involvement. *The Journal of Social Psychology*, 128 (5), 667-673.

- Hudak, C.J.; Varghese, R. y Politzer, R.M. (1989). Family, marital, and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (3), 201-210.
- Huizinga, J. (1954/1995). *Homo ludens*. Madrid: Alianza Editorial.
- Huxley, J. y Carroll, D. (1992). A survey of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 8 (2), 167-179.
- Ide-Smith, S.G. y Lea, S.E.G. (1988). Gambling in young adolescents. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (2), 110-118.
- Jablonski, B. (1985). Locus de controle e o comportamento de jogar (e... o de estudar!). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 37 (3), 19-26.
- Jacobs, D.F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (1), 15-31.
- Jacobs, D.F. (1987). A general theory of addictions: application to treatment and rehabilitation planning for pathological gamblers. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 169-194). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher.
- Jacobs, D.F. (1988). Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (1), 27-37.
- Jacobs, D.F. (1989a). A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. En H. J. Shaffer; S.A. Stein; B. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 35-64). Massachusetts: Lexington Books.
- Jacobs, D.F. (1989b). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En H. J. Shaffer; S.A. Stein; B. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Massachusetts: Lexington Books.
- JARCA (1996). *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras: prevalencia y características socio-demográficas*. Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar.
- Jiménez, J. y Fernández, E. (1999). Estudio de algunas variables sociodemográficas relevantes en jugadores patológicos que acuden a tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (99), 51-80.
- Johnson, E.E. y Nora, R.M. (1992). Does spousal participation in Gamblers Anonymous benefit compulsive gamblers?. *Psychological Reports*, 71 (3, pt.1), 914.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1982). The psychology of preferences. *Scientific American*, january, 136-142.
- Keren, G. y Wagenaar, W.A. (1985). On the psychology of playing Blackjack: normative and descriptive considerations with implications for decision theory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 114 (2), 133-158.
- Keren, G. y Wagenaar, W.A. (1987). Violation of Utility Theory in unique and repeated gambles. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 13 (3), 387-391.
- Keren, G. y Lewis, C. (1994). The two fallacies of gamblers: type I and type II. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 60 (1), 75-89.
- Kim, S.W. (1998). Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (4), 159-164.
- King, K.M. (1990). Neutralizing marginally deviant behavior: Bingo players and superstition. *Journal of Gambling Studies*, 6 (1), 43-61.
- Koller, K.M. (1972). Treatment of poker-machine addicts by aversion therapy. *The Medical Journal of Australia*, 1, 742-745.

- Kuley, N.B. y Jacobs, D.F. (1988). The relationship between dissociative-like experiences and sensation seeking among social and problem gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (3), 197-207.
- Kusyszyn, I. (1972). The gambling addict versus the gambling professional. A difference in character?. *The International Journal of Addictions*, 7 (2), 387-393.
- Kusyszyn, I. (1978). Compulsive gambling: the problem of definition. *The International Journal of the Addictions*, 13 (7), 1095-1101.
- Kusyszyn, I. y Rubenstein, L. (1985). Locus of control and race track betting behaviors: a preliminary investigation. *Journal of Gambling Behavior*, 1 (2), 106-110.
- Kusyszyn, I. y Rutter, R. (1985). Personality characteristics of male heavy gamblers, light gamblers, nongamblers, and lottery players. *Journal of Gambling Behavior*, 1 (1), 59-63.
- Kweitel, R. y Allen, F.C.L. (1998). Cognitive processes associated with gambling behaviour. *Psychological Reports*, 82 (1), 147-153.
- Labrador, F.J. y Becoña, E. (1994). Juego patológico: aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 495-520). Madrid: Editorial Debate.
- Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego patológico. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta (vol. II)* (pp.143-211). Madrid: Dykinson.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36 (10), 732-734.
- Ladouceur, R. (1993a). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1 (3), 361-374.
- Ladouceur, R. (1993b). Causes of pathological gambling. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp. 333-336). Reno, Nevada: University of Nevada.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 129-142.
- Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1984). Evaluation of the "illusion of control": Type of feedback, outcome sequence, and number of trials among regular and occasional gamblers. *The Journal of Psychology*, 117 (1), 37-46.
- Ladouceur, R.; Mayrand, M.; Dussault, R.; Letarte, A. y Tremblay, J. (1984). Illusion of control: Effects of participation and involvement. *The Journal of Psychology*, 117 (1), 47-52.
- Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1986). Caractéristiques psychologiques de la prise de risque monétaire des joueurs et des non-joueurs à la roulette. *International Journal of Psychology*, 21 (4-5), 433-443.
- Ladouceur, R.; Tourigny, M. y Mayrand, M. (1986). Familiarity, group exposure, and risk-taking behavior in gambling. *The Journal of Psychology*, 120 (1), 45-49.
- Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1987). The level of involvement and the timing of betting in roulette. *The Journal of Psychology*, 121 (2), 169-176.
- Ladouceur, R.; Mayrand, M.; Gaboury, A. y St-Onge, M. (1987). Comportements des acheteurs de billets de loteries passives et pseudo-actives: Étude comparative. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 19 (3), 266-274.
- Ladouceur, R. y Gaboury, A. (1988). Effects of limited and unlimited stakes on gambling behavior. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (2), 119-126.
- Ladouceur, R. y Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (1), 3-12.
- Ladouceur, R.; Gaboury, A. y Duval, C. (1988a). Modification des verbalisations irrationnelles pendant le jeu de roulette américaine et prise de risque monétaire. *Science et Comportement*, 18 (1 & 2), 58-68.

- Ladouceur, R.; Gaboury, A.; Dumont, M. y Rochette, P. (1988b). Gambling: relationship between the frequency of wins and irrational thinking. *The Journal of Psychology*, 122 (4), 409-414.
- Ladouceur, R. y Gaboury, A. (1989). Jeu de hasard et d'argent sous forme vidéo: la roulette américaine. *Revue Québécoise de Psychologie*, 10 (3), 20-28.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Duval, C.; Gaboury, A. y Dumont, M. (1989). Correction des verbalisations irrationnelles chez des joueurs de poker-vidéo. *International Journal of Psychology*, 24 (1), 43-56.
- Ladouceur, R.; Gaboury, A.; Bujold, A.; Lachance, N. y Tremblay, S. (1991). Ecological validity of laboratory studies of videopoker gaming. *Journal of Gambling Studies*, 7 (2), 109-116.
- Ladouceur, R.; Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994a). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18 (2), 230-242.
- Ladouceur, R.; Dubé, D. y Bujold, A. (1994b). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec Metropolitan Area. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (5), 289-293.
- Ladouceur, R.; Dubé, D. y Bujold, A. (1994c). Gambling among primary school students. *Journal of Gambling Studies*, 10 (4), 363-370.
- Ladouceur, R. y Dubé, D. (1995). Prevalence of pathological gambling and associated problems in individuals who visit non-gambling video arcades. *Journal of Gambling Studies*, 11 (4), 361-365.
- Ladouceur, R.; Dubé, D.; Giroux, I.; Legendre, N. y Gaudet, C. (1995). Cognitive biases in gambling: American Roulette and 6/49 Lottery. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10 (2), 473-479.
- Ladouceur, R.; Paquet, C. y Dubé, D. (1996). Erroneous perceptions in generating sequences of random events. *Journal of Applied Social Psychology*, 26 (24), 2157-2166.
- Ladouceur, R. y Dubé, D. (1997). Erroneous perceptions in generating random sequences: Identification and strength of a basic misconception in gambling behavior. *Swiss Journal of Psychology*, 56 (4), 256-259.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Letarte, H.; Giroux, I. y Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (12), 1111-1119.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (2), 311-328.
- Langer, E.J. y Roth, J. (1975). Heads I win, Tails it's chance: the illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (6), 951-955.
- Leary, K. y Dickerson, M. (1985). Levels of arousal in high- and low- frequency gamblers. *Behavior Research and Therapy*, 23 (6), 635-640.
- Legarda, J.J.; Babio, R. y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addiction*, 87 (5), 767-770.
- Lesieur, H.R. (1976/1984). *The chase: Career of the compulsive gambler*. Garden City: Doubleday Anchor.
- Lesieur, H.R. (1979). The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry*, 42 (1), 79-87.
- Lesieur, H.R. (1987). Gambling, pathological gambling and crime. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 89-110). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher.
- Lesieur, H.R. (1988a). *Report and recommendations of the Governor's Advisory Commission on Gambling*. Trenton, New Jersey.
- Lesieur, H.R. (1988b). Altering the DSM-III criteria for pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (1), 38-47.
- Lesieur, H.R. (1990). Working with and understanding Gamblers Anonymous. En T.J. Powell (Ed.), *Working with Self-Help* (pp. 237-253). Homewood, Il.: Dorsey Press.
- Lesieur, H.R. (1992). Compulsive gambling. *Social Science and Modern Society*, 29 (4), 43-50.
- Lesieur, H.R. (1993). Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores en los Estados Unidos. *Psicología Conductual*, 1 (3), 389-407.
- Lesieur, H.R. (1994a). A critique of epidemiological surveys done in Canada. En C.S. Campbell (Ed.), *Gambling in Canada: The bottom line* (pp. 147-157). Burnaby: Simon Fraser University.

- Lesieur, H.R. (1994b). Epidemiological surveys of pathological gambling: critique and suggestions for modification. *Journal of Gambling Studies*, 10 (4), 385-398.
- Lesieur, H.R. y Custer, R.L. (1984). Pathological gambling: roots, phases, and treatment. *The Annals of The American Academy*, 474, 146-156.
- Lesieur, H.R.; Blume, S.B. y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10 (1), 33-38.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.
- Lesieur, H.R. y Klein, R. (1987). Pathological gambling among high school students. *Addictive Behaviors*, 12 (2), 129-135.
- Lesieur, H.R. y Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addiction*, 83 (7), 765-771.
- Lesieur, H.R. y Rothschild, J. (1989). Children of Gamblers Anonymous members. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (4), 269-281.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1990). Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admissions service. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (9), 1009-1012.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1991a). When lady luck loses: Women and compulsive gambling. En N. Van Den Bergh (Ed.), *Feminist perspectives on addictions* (pp. 181-197). New York: Springer Publishing Company.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1991b). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*, 86 (8), 1017-1028.
- Lesieur, H.R. y Rosenthal, R.J. (1991). Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulsive Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7 (1), 5-39.
- Lesieur, H.R.; Cross, J.; Frank, M.; Welch, M.; White, C.M.; Rubenstein, G.; Moseley, K. y Mark, M. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors*, 16 (6), 517-527.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1992). Modifying the Addiction Severity Index for use with pathological gamblers. *American Journal on Addictions*, 1 (3), 240-247.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), 213-223.
- Lester, D. (1980). Choice of gambling activity and belief in locus of control. *Psychological Reports*, 47 (1), 22.
- Letarte, A.; Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1986). Primary and secondary illusory control and risk-taking in gambling (roulette). *Psychological Reports*, 58 (1), 299-302.
- Llavona, L.M. (1993). La entrevista conductual. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Ed.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 71-114). Madrid: Pirámide.
- López, E. y Ortega, J.M. (1982). *El juego: entre la habilidad y el azar*. Barcelona: Salvat Editores.
- López, V.C. y Miller, W.R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 17 (7), 689-702.
- Lorenz, V.C. (1989). Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler's recovery. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (4), 303-312.
- Malkin, D. y Syme, G.J. (1986). Personality and problem gambling. *The International Journal of the Addictions*, 21 (2), 267-272.
- Mark, M.E. y Lesieur, H.R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87 (4), 549-565.

- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389-1394.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- Martínez, A.; Guirao, J.L.; Fusté, R.; Serrat, X.; Martín, M. y Moreno, V. (1993). The Catalonia survey: Personality and intelligence structure in a sample of compulsive gamblers. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp. 149-176). Reno, Nevada: University of Nevada.
- McConaghy, N. (1980). Behavior completion mechanisms rather than primary drives maintain behavioral patterns. *Activitas Nervosa Superior (Praha)*, 22 (2), 138-151.
- McConaghy, N. (1983). Agoraphobia, compulsive behaviours and behaviour completion mechanisms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 170-179.
- McConaghy, N.; Armstrong, M.S.; Blaszczyński, A. y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- McConaghy, N.; Armstrong, M.S.; Blaszczyński, A. y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification*, 12 (3), 371-384.
- McConaghy, N.; Blaszczyński, A. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- McCormick, R.A. (1987). Pathological gambling: A parsimonious need state model. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (4), 257-263.
- McCormick, R.A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behaviors*, 18 (3), 331-336.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1987). The pathological gamblers: salient personality variables. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 9-39). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher.
- McCormick, R.A. y Ramirez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in psychosocial pathology* (pp. 135-157). New York: Brunner/Mazel Inc.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 368-370.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1991). Follow-up of male pathological gamblers after treatment: The relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies*, 7 (2), 99-108.
- McGurrin, M.C. (1992). *Pathological gambling: conceptual, diagnostic, and treatment issues*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- Mercadé, P.V.; González, A.; Pastor, C. y Aymamí, N. (1990). Juego patológico y grupo: una posibilidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 16, 19-24.
- Miguel-Tobal, J.J. (1995). Evaluación de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 121-161). Madrid: CEPE, S.L.
- Miller, M.A. y Westermeyer, J. (1996). Gambling in Minnesota. *American Journal of Psychiatry*, 153 (6), 845.
- Miyamoto, J.M. (1987). Constraints on the representation of gambles in Prospect Theory. *Journal of Mathematical Psychology*, 31 (4), 410-418.
- Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597.
- Moravec, J.D. y Munley, P.H. (1983). Psychological test findings on pathological gamblers in treatment. *The International Journal of the Addictions*, 18 (7), 1003-1009.
- Moreno, I.; Sáiz-Ruiz, J. y López-Ibor, J.J. (1991). Serotonin and gambling dependence. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental* 6 (supl.), S9-S12.

- Moreno, I.; Sáiz, J.; López-Ibor, J.J. y Sánchez, G. (1995). Ludopatía ¿un trastorno del ánimo?. *Anales de Psiquiatría*, 11 (2), 61-67.
- Murray, J.B. (1993). Review of research on pathological gambling. *Psychological Reports*, 72 (3, pt. 1), 791-810.
- Nora, R.M. (1989). Inpatient treatment programs for pathological gamblers. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 127-134). Massachusetts: Lexington Books.
- Ocean, G. y Smith, G.J. (1993). Social reward, conflict, and commitment: A theoretical model of gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 9 (4), 321-339.
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- Orford, J. y McCartney, J. (1990). Is excessive gambling seen as a form of dependence?. Evidence from the community and the clinic. *Journal of Gambling Studies*, 62 (2), 139-152.
- Peck, C.P. (1986). A public mental health issue. Risk-taking behavior and compulsive gambling. *American Psychologist*, 41 (4), 461-465.
- Peri Rossi, C. (1992). *La última noche de Dostoievski*. Madrid: Grijalbo Mondadori.
- Piattelli, M. (1993/1995). *Los túneles de la mente. ¿Qué se esconde tras nuestros errores?*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Politzer, R.M.; Morrow, J.S. y Leavey, S.B. (1985). Report on the cost-benefit/effectiveness of treatment at the Johns Hopkins Center for pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 1 (2), 131-142.
- Politzer, R.M. y Hudak, C.J. (1994). Trastornos del juego. En M.F. Fleming y K.L. Barry (Eds.), *Guía clínica de los trastornos adictivos*. Madrid: Mosby/Doyma.
- Prieto, M. y Llavona, L. (1998). 20 Questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies*, 14 (1), 3-15.
- Proimos, J.; DuRant, R.H.; Pierce, J.D. y Goodman, E. (1998). Gambling and other risk behaviors among 8th- to 12th-grade students. *Pediatrics*, 102 (2), 392-393.
- Ramírez, L.F.; McCormick, R.A.; Russo, A.M. y Taber, J.I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors*, 8 (4), 425-428.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behavior Research and Therapy*, 20 (2), 185-187.
- Raviv, M. (1993). Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 9 (1), 17-30.
- Reid, R.L. (1986). The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (1), 32-39.
- Robert, C. y Botella, C. (1995). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch; B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (vol. 1)* (pp. 559-594). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.
- Rodríguez-Martos, A. (1987). Juego: otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias. *Fons Informatiu*, 12, 1-54.
- Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa DROSS. *Revista Española de Drogodependencias*, 14 (4), 265-275.
- Rosecrance, J. (1988). Active gamblers as peer counselors. *The International Journal of the Addictions*, 23 (7), 751-766.

- Rosecrance, J. (1989). Controlled gambling: A promising future. En H. J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 147-160). Massachusetts: Lexington Books.
- Rosenthal, R.J. (1987). The psychodynamics of pathological gambling: a review of the literature. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 41-70). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher.
- Rosenthal, R.J. (1989). Pathological gambling and problem gambling: Problems of definition and diagnosis. En H. J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 101-125). Massachusetts: Lexington Books.
- Rosenthal, R.J. y Lesieur, H.R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 1 (2), 150-154.
- Roy, A.; Adinoff, B.; Roehrich, L.; Lamparski, D.; Custer, R.; Lorenz, V.; Barbaccia, M.; Guidotti, A.; Costa, E. y Linnoila, M. (1988). Pathological gambling. A psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45 (4), 369-373.
- Roy, A.; Custer, R.; Lorenz, V. y Linnoila, M. (1989a). Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (1), 37-39.
- Roy, A.; DeJong, J. y Linnoila, M. (1989b). Extraversion in pathological gamblers. Correlates with indexes of noradrenergic function. *Archives of General Psychiatry*, 46 (8), 679-681.
- Roy, A.; DeJong, J.; Ferraro, T.; Adinoff, B.; Gold, P.; Rubinow, D. y Linnoila, M. (1989c). CSF GABA and neuropeptides in pathological gamblers and normal controls. *Psychiatry Research*, 30 (2), 137-144.
- Roy, A.; Berrettini, W.; Adinoff, B. y Linnoila, M. (1990). CSF Galanin in alcoholics, pathological gamblers, and normal controls: a negative report. *Biological Psychiatry*, 27 (8), 923-926.
- Roy, A.; Smelson, D. y Lindeken, S. (1996). Screening for pathological gambling among substance misusers. *British Journal of Psychiatry*, 169 (4), 523.
- Rozin, P. y Stoess, C. (1993). Is there a general tendency to become addicted?. *Addictive Behaviors*, 18 (1), 81-87.
- Rubin, Z. y Peplau, A. (1973). Belief in a just world and reactions to another's lot: A study of participants in the National Draft Lottery. *Journal of Social Issues*, 29 (4), 73-93.
- Rugle, L. y Melamed, L. (1993). Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (2), 107-112.
- Russo, A.M.; Taber, J.I.; McCormick, R.A. y Ramirez, L.F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, 35 (8), 823-827.
- Saiz, J.; Moreno, I. y López-Ibor, J.J. (1992). Ludopatía: estudio clínico y terapéutico-evolutivo de un grupo de jugadores patológicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20 (4), 189-197.
- Savoie, D. y Ladouceur, R. (1995). Evaluation et modification de conceptions erronées au sujet des loteries. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 27 (2), 199-213.
- Schwarz, J. y Lindner, A. (1992). Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 8 (1), 93-109.
- Seager, C.P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1996). Un caso complejo de juego patológico. *Psicología Conductual*, 4 (2), 253-262.
- Shaffer, H.J.; LaBrie, R.; Scanlan, K.M. y Cummings, T.N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10 (4), 339-362.

- Shaffer, H.J. y Hall, M.N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 193-214.
- Sharpe, L. y Tarrier, N. (1992). A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6 (3), 193-203.
- Sharpe, L. y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407-412.
- Sharpe, L.; Tarrier, N.; Schotte, D. y Spence, S.H. (1995). The role of autonomic arousal in problem gambling. *Addiction*, 90 (11), 1529-1540.
- Shepherd, R.M. (1996). Clinical obstacles in administering the South Oaks Gambling Screen in a methadone and alcohol clinic. *Journal of Gambling Studies*, 12 (1), 21-32.
- Sommers, I. (1988). Pathological gambling: Estimating prevalence and group characteristics. *The International Journal of the Addictions*, 23 (5), 477-490.
- Spunt, B.; Lesieur, H.; Liberty, H.J. y Hunt, D. (1996). Pathological gamblers in methadone treatment: A comparison between men and women. *Journal of Gambling Studies*, 12 (4), 431-449.
- Steel, Z. y Blaszczynsky, A. (1996). The factorial structure of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12 (1), 3-20.
- Steinberg, M.A.; Kosten, T.A. y Rounsaville, B.J. (1992). Cocaine abuse and pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 1 (2), 121-132.
- Stewart, R.M. y Brown, R.I.F. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288.
- Stinchfield, R.; Cassuto, N.; Winters, K. y Latimer, W. (1997). Prevalence of gambling among Minnesota Public School students in 1992 and 1995. *Journal of Gambling Studies*, 13 (1), 25-48.
- Strickland, L.H. y Grote, F.W. (1967). Temporal presentation of winning symbols and slot-machine playing. *Journal of Experimental Psychology*, 74 (1), 10-13.
- Sylvain, C. y Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 24 (4), 479-489.
- Sylvain, C. y Ladouceur, R.; Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (5), 727-732.
- Symes, B.A. y Nicki, R.M. (1997). A preliminary consideration of cue-exposure, response-prevention treatment for pathological gambling behaviour: Two case studies. *Journal of Gambling Studies*, 13 (2), 145-157.
- Taber, J.I.; Russo, A.M.; Adkins, B.J. y McCormick, R.A. (1986). Ego strength and achievement motivation in pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (2), 69-80.
- Taber, J.I.; McCormick, R.A.; Russo, A.M.; Adkins, B.J. y Ramirez, L.F. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144 (6), 757-761.
- T.E.A. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones, S.A.
- Templer, D.I.; Kaiser, G. y Siscoe, K. (1993). Correlates of pathological gambling propensity in prison inmates. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (5), 347-351.
- Toneatto, T. y Sobell, L.C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: a case report. *Addictive Behaviors*, 15 (5), 497-501.
- Toneatto, T.; Blitz-Miller, T.; Calderwood, K.; Dragonetti, R y Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13 (3), 253-266.
- Trott, J.C. y Griffiths, M. (1991). Teenage gambling: a pilot study. *Psychological Reports*, 68 (3, pt.1), 946.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1971). Belief in the law of small of small numbers. *Psychological Bulletin*, 76 (2), 105-110.

- Tversky, A. y Kahneman, D. (1982). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. En D. Kahneman; P. Slovic y A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 3-20). New York: Cambridge University Press.
- Vázquez, C. (1985). Limitaciones y sesgos en el procesamiento de la información: más allá de la teoría del "hombre como científico". *Estudios de Psicología*, 23-24, 111-133.
- Vázquez, C. (1990). Sistemas de clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría (vol. II)* (pp. 679-707). Madrid: McGraw-Hill - Interamericana de España, S.A.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE, S.L.
- Vázquez, A.M.; Arranz, M.I.; López-Ibor, J.J.; García, M.; Viñas, R.; Moreno, I. y Vecino, A.M. (1991). Clomipramine test: serum level determination in three groups of psychiatric patients. *Journal of Pharmaceutical & Biomedical Analysis*, 9 (10-12), 949-952.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.
- Victor, R.G. y Krug, C.M. (1967). "Paradoxical intention" in the treatment of compulsive gambling. *American Journal of Psychotherapy*, 21, 808-814.
- Villa, A. (1996). Estudio sobre juego patológico en estudiantes de segundo ciclo de E.G.B. en Asturias. *XXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Oviedo, marzo.
- Villa, A.; Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. *Adicciones*, 9 (2), 195-208.
- Vitaro, F.; Arseneault, L. y Tremblay, R.E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154 (12), 1769-1770.
- Volberg, R.A. (1994a). Assessing problem and pathological gambling in the general population. A methodological review. En C.S. Campbell (Ed.), *Gambling in Canada: The Bottom Line* (pp. 137-146). Burnaby: Simon Fraser University.
- Volberg, R.A. (1994b). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for Public Health. *American Journal of Public Health*, 84 (2), 237-241.
- Volberg, R.A. (1996). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 111-128.
- Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145 (4), 502-505.
- Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146 (12), 1618-1619.
- Volberg, R.A. y Banks, S.M. (1990). A review of two measures of pathological gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*, 6 (2), 153-163.
- Volberg, R.A. y Abbott, M.W. (1994). Lifetime prevalence estimates of pathological gambling in New Zealand. *International Journal of Epidemiology*, 23 (5), 976-983.
- Wagenaar, W.A. (1988). *Paradoxes of gambling behaviour*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wagenaar, W.A.; Keren, G. y Pleit-Kuiper, A. (1984). The multiple objectives of gamblers. *Acta Psychologica*, 56 (1-3), 167-178.

- Walker, M.B. (1989). Some problems with the concept of "gambling addiction": Should theories of addiction be generalized to include excessive gambling?. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (3), 179-200.
- Walker, M.B. (1992a). *The Psychology of gambling*. Oxford: Pergamon Press.
- Walker, M.B. (1992b). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8 (3), 245-261.
- Walker, M.B. (1993). Treatment strategies for problem gambling: A review of effectiveness. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp. 533-566). Reno, Nevada: University of Nevada.
- Walker, M.B. y Dickerson, M.G. (1996). The prevalence of problem and pathological gambling: A critical analysis. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 233-249.
- Walters, G.D. (1994). The gambling lifestyle: I. Theory. *Journal of Gambling Studies*, 10 (2), 159-182.
- Walters, G.D. (1997). Problem gambling in a federal prison population: Results from the South Oaks Gambling Screen. *Journal of Gambling Studies*, 13 (1), 7-24.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R.D. y Fulkerson, J. (1993a). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9 (1), 63-84.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R.D. y Fulkerson, J. (1993b). Patterns and characteristics of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 9 (4), 371-386.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R.D. y Kim, L.G. (1995). Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *Journal of Gambling Studies*, 11 (2), 165-183.
- Wolfgang, A.K. (1988). Gambling as a function of gender and sensation seeking. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (2), 71-77.
- Wolkowitz, O. M.; Roy, A. y Doran, A. R. (1985). Pathologic gambling and other risk-taking pursuits. *Psychiatric Clinics of North America*, 8 (2), 311-322.
- Wray, I. y Dickerson, M.G. (1981). Cessation of high frequency gambling and "withdrawal" symptoms. *British Journal of Addiction*, 76, 401-405.
- Zimmerman, M.D. (1994). *Interview guide for evaluating DSM-IV psychiatric disorders and the mental status examination*. Philadelphia: Psychiatric Press Products.
- Zimmerman, M.A.; Meeland, T. y Krug, S.E. (1985). Measurement and structure of pathological gambling behavior. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 76-81.
- Zitzow, D. (1996). Comparative study of problematic gambling behaviors between american indian and non-indian adolescents within and near a northern plains reservation. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 7 (2), 14-26.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the original level of arousal*. Hillsdale, Ill.: Lawrence Erlbaum.
- Zweig, S. (1969). *Veinticuatro horas de la vida de una mujer*. Barcelona: Plaza & Janés, S.A.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTOS DE SCREENING DEL JUEGO PATOLÓGICO

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS)
(South Oaks Foundation, 1992. Adaptación y validación de Echeburúa y Báez, 1993)

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida. Señale para cada tipo una contestación:

- 1: "nunca"
2: "menos de una vez por semana"
3: "una vez por semana o más"

	1	2	3
a) jugar a cartas con dinero de por medio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) apostar en las carreras de caballos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) apostar en el frontón o en los deportes rurales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) jugar a lotería, a las quinielas, a la primitiva, a la bono-loto o a los ciegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) jugar en el casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) jugar al bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) especular en la bolsa de valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) jugar en las máquinas tragaperras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?

Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/>	Menos de 1.000 ptas	<input type="checkbox"/>
Entre 1.000 y 5.000 ptas	<input type="checkbox"/>	Entre 5.000 y 10.000 ptas	<input type="checkbox"/>
Entre 10.000 y 50.000 ptas	<input type="checkbox"/>	Más de 50.000 ptas	<input type="checkbox"/>

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas tiene (o ha tenido) un problema de juego.

Mi padre	<input type="checkbox"/>	Mi cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/>
Mi madre	<input type="checkbox"/>	Alguno de mis hijos	<input type="checkbox"/>
Un hermano	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	<input type="checkbox"/>
Un abuelo	<input type="checkbox"/>	Un amigo o alguien importante para mí	<input type="checkbox"/>

4. Cuando usted juega dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?

Nunca	<input type="checkbox"/>
Algunas veces, pero menos de la mitad	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces que pierdo	<input type="checkbox"/>
Siempre que pierdo	<input type="checkbox"/>

5. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

Nunca	<input type="checkbox"/>
Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>

6. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

- No ☐
Ahora no, pero en el pasado sí ☐
Ahora sí ☐

7. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?

- Sí ☐ No ☐

8. ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?

- Sí ☐ No ☐

9. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

- Sí ☐ No ☐

10. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

- Sí ☐ No ☐

11. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?

- Sí ☐ No ☐

12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas con quien convive sobre la forma de administrar el dinero?

- Sí ☐ No ☐

13. (Si ha respondido sí a la pregunta anterior) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?

- Sí ☐ No ☐

14. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?

- Sí ☐ No ☐

15. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

- Sí ☐ No ☐

16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso)

- | | |
|---|--------------------------|
| a) del dinero de casa | <input type="checkbox"/> |
| b) a mi pareja | <input type="checkbox"/> |
| c) a otros familiares | <input type="checkbox"/> |
| d) de bancos y cajas de ahorro | <input type="checkbox"/> |
| e) de tarjetas de crédito | <input type="checkbox"/> |
| f) de prestamistas | <input type="checkbox"/> |
| g) de la venta de propiedades personales o familiares | <input type="checkbox"/> |
| h) de la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos | <input type="checkbox"/> |
| i) de una cuenta de crédito en el mismo casino | <input type="checkbox"/> |

Puntuación del SOGS

Las puntuaciones de este cuestionario están determinadas por el número de preguntas que revelan una respuesta "de riesgo".

* No se valoran las preguntas 1, 2 y 3.

* Pregunta 4: La mayoría de las veces que pierdo

o

Siempre que pierdo

* Pregunta 5: Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido

o

La mayoría de las veces

* Pregunta 6: Ahora no, pero en el pasado sí

o

Ahora sí

* Pregunta 7: Sí

* Pregunta 8: Sí

* Pregunta 9: Sí

* Pregunta 10: Sí

* Pregunta 11: Sí

* Pregunta 12: No se valora

* Pregunta 13: Sí

* Pregunta 14: Sí

* Pregunta 15: Sí

* Pregunta 16a: Sí

* Pregunta 16b: Sí

* Pregunta 16c: Sí

* Pregunta 16d: Sí

* Pregunta 16e: Sí

* Pregunta 16f: Sí

* Pregunta 16g: Sí

* Pregunta 16h: Sí

* Pregunta 16i: No se valora

TOTAL = (sobre un máximo de 19 puntos)

4 o más = Probable jugador patológico

CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO (CBJP)
(Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995)

1. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

Sí ☐ No ☐

2. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

Sí ☐ No ☐

3. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

Sí ☐ No ☐

4. ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas?

Sí ☐ No ☐

Punto de corte = 2

ESCALA DE LAS VEINTE CUESTIONES DE JUGADORES ANÓNIMOS (G.A.)
(Adaptación y validación de Prieto y Llavona, 1998)

Conteste a las siguientes preguntas con un SÍ o NO, referidas a su conducta de juego en las últimas semanas o meses.

1. ¿Alguna vez ha dejado de trabajar debido al juego?
Sí ☐ No ☐
2. ¿Ha causado el juego que su vida familiar sea infeliz?
Sí ☐ No ☐
3. ¿Su reputación ha sido afectada por el juego?
Sí ☐ No ☐
4. ¿Ha sentido alguna vez remordimientos después de jugar?
Sí ☐ No ☐
5. ¿Ha jugado alguna vez para pagar sus deudas o para resolver sus dificultades financieras?
Sí ☐ No ☐
6. ¿Ha disminuido el juego su ambición o habilidad?
Sí ☐ No ☐
7. ¿Después de perder, ha sentido como si tuviera que volver lo más pronto posible y recuperar sus pérdidas?
Sí ☐ No ☐
8. ¿Después de ganar, ha tenido un fuerte impulso de regresar y ganar más?
Sí ☐ No ☐
9. ¿Jugaba a menudo hasta que se le acabara el dinero?
Sí ☐ No ☐
10. ¿Ha pedido alguna vez prestado para financiar su juego?
Sí ☐ No ☐

11. ¿Ha vendido alguna propiedad para financiar su juego?

Sí ☐ No ☐

12. ¿Le cuesta utilizar “dinero del juego” para gastos normales?

Sí ☐ No ☐

13. ¿Ha descuidado el bienestar de su familia por el juego?

Sí ☐ No ☐

14. ¿Ha jugado alguna vez más tiempo del que tenía planeado?

Sí ☐ No ☐

15. ¿Ha jugado alguna vez para escapar de los problemas y las dificultades?

Sí ☐ No ☐

16. ¿Ha cometido, o planeado cometer, algún acto ilegal para financiar su juego?

Sí ☐ No ☐

17. ¿Ha tenido problemas para dormir a causa del juego?

Sí ☐ No ☐

18. Las discusiones, desacuerdos y decepciones, ¿hacen que sienta necesidad de jugar?

Sí ☐ No ☐

19. ¿Ha tenido alguna vez el deseo de celebrar algo que ha ido bien con algunas horas de juego?

Sí ☐ No ☐

20. ¿Ha considerado alguna vez que la autodestrucción es una de las consecuencias de su juego?

Sí ☐ No ☐

Probable jugador patológico = 7 o más preguntas contestadas afirmativamente

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN-REVISED ADOLESCENT (SOGS-RA) **(Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993. Traducción de Secades y Villa, 1998)**

1. Indica con qué frecuencia has realizado estas actividades a lo largo de tu vida y en los últimos doce meses.

	A lo largo de la vida		Durante los últimos doce meses				
	Nunca	Al menos una vez	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
a) Jugar a las cartas por dinero	0	0	0	0	0	0	0
b) Jugar a cara o cruz por dinero	0	0	0	0	0	0	0
c) Apostar en juegos de habilidad, como billar, golf o bolos	0	0	0	0	0	0	0
d) Apostar en deportes de equipo	0	0	0	0	0	0	0
e) Apostar en carreras de caballos o de perros	0	0	0	0	0	0	0
f) Jugar al bingo por dinero	0	0	0	0	0	0	0
g) Jugar a los dados	0	0	0	0	0	0	0
h) Jugar en máquinas tragaperras	0	0	0	0	0	0	0
i) Raspar cartones para ganar premios	0	0	0	0	0	0	0
j) Jugar a la Bono-loto	0	0	0	0	0	0	0

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que has apostado en los últimos doce meses?

- 100 pesetas o menos ☐
Más de 100 y menos de 1.000 pesetas ☐
Entre 1.000 y 5.000 pesetas ☐
Entre 5.000 y 10.000 pesetas ☐
Entre 10.000 y 20.000 pesetas ☐
20.000 pesetas o más ☐

3. ¿Alguno de tus padres practica algún juego con apuesta de dinero?

Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

En caso afirmativo, ¿cuál de ellos?

- Solamente mi madre ☐
Solamente mi padre ☐
Ambos ☐

4. ¿Piensas que tus padres juegan/apuestan demasiado?

Sí ☐

No ☐

No lo sé ☐

En caso afirmativo, ¿cuál de ellos?

Solamente mi madre ☐

Solamente mi padre ☐

Ambos ☐

- En los últimos doce meses:

5. ¿Con qué frecuencia has vuelto a jugar otro día para intentar recuperar el dinero que habías perdido?

Todas las veces ☐

La mayoría de las veces ☐

Algunas veces ☐

Nunca ☐

6. Cuando estabas apostando, ¿has dicho alguna vez a los demás que estabas ganando dinero, cuando en realidad no era así?

Sí ☐

No ☐

7. ¿Tus apuestas con dinero te han causado problemas, como riñas con la familia y amigos o problemas en la escuela o en el trabajo?

Sí ☐

No ☐

8. ¿Alguna vez has jugado más de lo que tenías pensado?

Sí ☐

No ☐

9. ¿Alguien te ha criticado por apostar o te ha dicho que tienes un problema con el juego, independientemente de que tú pienses que es cierto o no?

Sí ☐

No ☐

10. ¿Alguna vez te has sentido mal pensando en la cantidad de dinero que apuestas o en lo que pasa cuando apuestas dinero?

Sí ☐

No ☐

11. ¿Has sentido alguna vez que te gustaría dejar de apostar dinero, pero crees que no podrías?

Sí ☐

No ☐

12. ¿Alguna vez has ocultado a tu familia o amigos algún desliz en el juego, décimos de lotería, dinero que has ganado, u otras situaciones relacionadas con el juego?
- Sí ☐ No ☐
13. ¿Has tenido alguna discusión con tu familia o amigos centrada en el tema del juego?
- Sí ☐ No ☐
14. ¿Has pedido prestado dinero para apostar y no lo has devuelto?
- Sí ☐ No ☐
15. ¿Alguna vez te has escapado o has faltado al colegio o al trabajo para llevar a cabo actividades relacionadas con el juego?
- Sí ☐ No ☐
16. ¿Has tomado prestado dinero o has robado algo para poder apostar o para saldar tus deudas?
- Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, señala a quién o de dónde lo has conseguido:

- a) padres ☐
- b) hermanos/s o hermana/s ☐
- c) otros familiares ☐
- d) amigos ☐
- e) prestamista ☐
- f) de la venta de alguna propiedad personal o familiar ☐
- g) de un cheque sin fondos de tu cuenta ☐
- h) lo has robado ☐

Puntuación del SOGS-RA

Rango: 0-12

- A) Los ítems 1, 2, 3, 4 y 16a-16h no se puntúan.
- B) Los ítems del 5 al 16, se puntúan con 0 cuando la respuesta es negativa y con 1 si la respuesta es afirmativa (el ítem 5 se puntúa con 1 cuando la respuesta es «todas las veces» o «la mayoría de las veces»).

MASSACHUSETTS GAMBLING SCREEN (MAGS)
(Shaffer, LaBrie, Scanlan y Cummings, 1994. Traducción de Secades y Villa, 1998)

Subescala DSM-IV

- En los últimos doce meses:
 1. ¿Has estado preocupado pensando en la forma de conseguir dinero para apostar o reviviendo experiencias pasadas relacionadas con el juego?
 2. ¿Has apostado cantidades de dinero cada vez mayores para alcanzar el nivel de excitación deseado?
 3. ¿Has comprobado que el mismo tiempo dedicado al juego te satisface menos que antes?
 4. La eliminación del juego o su reducción, ¿te ha hecho sentirte inquieto e irritable?
 5. ¿Has jugado con el fin de hacer desaparecer las sensaciones incómodas que aparecen cuando dejas de jugar o para evitar su aparición?
 6. ¿Has utilizado el juego como forma de escapar de problemas o para aliviar los sentimientos de desamparo, culpa, ansiedad o depresión?
 7. Después de haber perdido dinero jugando, ¿alguna vez has vuelto a jugar otro día para recuperar lo que habías perdido?
 8. ¿Has mentido a tu familia o a otras personas para ocultar el alcance de lo que has estado jugando?
 9. ¿Has cometido algún acto ilegal (ejemplos: fraude, hurto, desfalco, etc.) para financiar el juego?
 10. ¿Has arriesgado o perdido una importante relación, trabajo u oportunidad en tu educación o carrera debido al juego?
 11. ¿Has pedido a otras personas (por ejemplo, familia, amigos o compañeros de trabajo) que diesen dinero para resolver alguna situación desesperada causada por tus apuestas en el juego?
 12. ¿Has hecho algún esfuerzo, sin mucho éxito, para restringir, reducir o dejar de jugar?

Puntuación de la Subescala DSM-IV

Rango: 0-10

- A) Los ítems 1, 6, 7, 8, 9, y 10 se puntúan 1 cuando la respuesta es afirmativa y 0 si es negativa.
- B) Los ítems 2, 3, 4 y 5 se puntúan con 0.5 cuando la respuesta es afirmativa y reciben un 0 cuando la respuesta es negativa.

Jugador patológico = puntuación total de 5 o más puntos

Subescala MAGS

1. ¿Has experimentado alguna vez presión social, psicológica o económica para jugar?
Sí ☐ No ☐
2. ¿Cuánto juegas habitualmente en comparación con la mayoría de las personas?
Menos ☐
Más o menos lo mismo ☐
Más ☐
3. ¿Crees que la cantidad y la frecuencia con la que juegas es «normal»?
Sí ☐ No ☐
4. ¿Crees que tus amigos o parientes piensan que eres un jugador «normal»?
Sí ☐ No ☐
5. ¿Alguna vez has sentido un deseo intenso o una urgente necesidad de apostar?
Sí ☐ No ☐
6. ¿Te has sentido alguna vez culpable por lo que juegas?
Sí ☐ No ☐
7. ¿Algún miembro de tu familia se ha preocupado o quejado por lo que juegas?
Sí ☐ No ☐
8. ¿Has pensado alguna vez que deberías reducir o dejar de jugar?
Sí ☐ No ☐
9. ¿Eres capaz de dejar de jugar siempre que quieres?
Sí ☐ No ☐
10. ¿Te ha causado el juego algún problema con algún miembro de la familia o con amigos?
Sí ☐ No ☐
11. ¿Has tenido problemas en el trabajo o en los estudios debido al juego?
Sí ☐ No ☐
12. ¿Alguna vez has descuidado tus obligaciones (familiares, laborales o escolares), durante dos o más días seguidos, porque estabas jugando?
Sí ☐ No ☐
13. ¿En alguna ocasión has pedido ayuda a alguien debido al juego?
Sí ☐ No ☐
14. ¿Has sido arrestado alguna vez a causa del juego?
Sí ☐ No ☐

CRITERIOS DSM-IV PARA JÓVENES (DSM-IVJ)
(Fisher, 1992. Traducción de Secades y Villa, 1998)

DSM-IV	DSM-IVJ
1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).	1. Preocupación por el juego (por revivir experiencias pasadas de juego, planificar próximas experiencias, pensar en la forma de conseguir dinero para jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.	2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.	3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.	4. Intranquilidad o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).	5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o aliviar estados de ánimo negativos.
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).	6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.	7. <i>Se engaña a los miembros de la familia o a los amigos para ocultar el grado de implicación en el juego.</i>
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego.	8. <i>Se cometen actos ilegales/antisociales, como gastar el dinero de la comida, robar en casa o fuera para gastarlo en el juego.</i>
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.	9. <i>Se riñe con la familia o con los amigos más próximos y se hace peligrar la educación por el juego.</i>
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.	10. Se confía en que los demás proporcionen dinero para aliviar la desesperada situación causada por el juego.

CUESTIONARIO DSM-IVJ
(Fisher, 1992. Adaptación de Becoña y Gestal, 1996)

1. ¿A menudo te encuentras pensando en los ratos perdidos en las máquinas tragaperras y/o planeando la próxima vez que vas a jugar?
 Sí ☐ No ☐
2. ¿Te parece que necesitas gastar cada vez más dinero en jugar a las máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐
3. ¿Te encuentras inquieto, tenso, hastiado o de mal humor cuando intentas cortar o parar de jugar a las máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐
4. ¿Juegas a las máquinas tragaperras como un modo de escapar a los problemas?
 Sí ☐ No ☐
5. ¿Después de gastar dinero en las máquinas tragaperras, juegas de nuevo otro día para intentar recuperarlo? (más de la mitad de las veces).
 Sí ☐ No ☐
6. ¿Mientes a tu familia o amigos para ocultar cuánto juegas a las máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐
7. ¿En el último año has gastado el dinero para golosinas o para el billete de autobús o del tren en máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐
8. ¿En el último año le has cogido dinero a alguien con quien vives sin su conocimiento para jugar a las máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐
9. ¿En el último año has robado dinero fuera de tu familia, en tiendas o supermercados, para jugar a las máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐
10. ¿Has discutido con miembros de tu familia o amigos próximos por jugar a las máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐
11. ¿En el último año has faltado a clase para jugar a las máquinas tragaperras? (cinco veces o más).
 Sí ☐ No ☐
12. ¿En el último año le has pedido ayuda a alguien por un problema serio de dinero causado por jugar a las máquinas tragaperras?
 Sí ☐ No ☐

Punto de corte :

Jugador ocasional = 2-3 contestaciones afirmativas

Probable jugador patológico = 4 o más contestaciones afirmativas

**ESCALA DE LAS DIEZ CUESTIONES DE JUGADORES ANÓNIMOS
PARA ADOLESCENTES
(Adaptación de Secades y Villa, 1998)**

1. ¿Has faltado o perdido clases debido al juego?
Sí ☐ No ☐
2. ¿Alguna vez el juego ha hecho infeliz la vida en tu casa?
Sí ☐ No ☐
3. ¿Afecta el juego a tu reputación?
Sí ☐ No ☐
4. ¿Has gastado alguna vez hasta la última peseta, como lo destinado al billete del autobús para llegar a casa, a una hamburguesa o un refresco?
Sí ☐ No ☐
5. ¿Alguna vez has mentido, robado o pedido prestado dinero para jugar?
Sí ☐ No ☐
6. ¿Te cuesta gastar el «dinero del juego» en cosas normales?
Sí ☐ No ☐
7. Después de perder, ¿sientes que debes volver a jugar lo antes posible para intentar recuperar lo perdido?
Sí ☐ No ☐
8. ¿Es el juego más importante que el colegio o el trabajo?
Sí ☐ No ☐
9. ¿Te causa el juego problemas para dormir?
Sí ☐ No ☐
10. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte para solucionar tus problemas?
Sí ☐ No ☐

ANEXO B

RESUMEN DE ESTUDIOS SOBRE VARIABLES DE PERSONALIDAD EN JUGADORES

RESUMEN DE ESTUDIOS SOBRE VARIABLES DE PERSONALIDAD EN JUGADORES

VARIABLES DE PERSONALIDAD				
Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
McGlothlin (1954) ¹	Jugadoras de poker Muestra de la población normal		Ajuste (Bell)	Las jugadoras son emocionalmente más estables, tienen un mejor ajuste en el hogar y socialmente.
Morris (1957) ²	Estudiantes jugadores Estudiantes no jugadores			Los jugadores son más seguros, menos responsables, más dominantes y más masculinos. No existen diferencias en la variable felicidad.
Roston (1965) ³	Miembros de G.A. Grupo control clínico Grupo control	30 30 30	Perfil de personalidad (MMPI)	Los jugadores obtienen el pico del perfil en la escala 4. Puntúan significativamente más alto que ambos grupos control en las escalas 4 (Pd) y 9 (Ma). Puntúan significativamente más bajo que el grupo control psiquiátrico en las escalas 2 (D), 5 (Mf), 7 (Pt) y 0 (Si). Puntúan significativamente más alto que los controles en las escalas F, 3 (Hy), 5 (Mf), 6 (Pa), 7 (Pt) y 8 (Sc). Puntúan significativamente más bajo que los controles en la escala K.
Bolcn et al. (1975) ⁴	Jugadores patológicos y sus familias en terapia de pareja	10	Inteligencia (Shipley-Hartford) Perfil de personalidad (MMPI)	Los jugadores patológicos obtienen una media estimada en un CI del WAIS de 112.7. Los jugadores patológicos obtienen la media pico del perfil en la escala 4 (Pd).
Glen (1979) ⁵	Jugadores patológicos en tratamiento	40	Perfil de personalidad (Análisis cluster de los perfiles del MMPI)	Surgen tres tipos de perfiles: Tipo I: alto en la escala 4 (Pd), la única escala por encima de una puntuación T = 70. Tipo II: escalas 8 (Sc), 7 (Pt), 2 (D) y 4 (Pd) por encima de una puntuación T = 70. Tipo III: escalas 4 (Pd), 9 (Ma), 3 (Hy) y 2 (D) por encima de una puntuación T = 70.
Lowenfeld (1979)	Jugadores patológicos Alcohólicos	100 100	Perfil de personalidad (MMPI)	El perfil medio del grupo de jugadores patológicos es de 4 (Pd)-2 (D)-7 (Pt). El perfil medio del grupo de alcohólicos es de 2 (D)-4 (Pd)-7 (Pt). El análisis cluster del grupo de jugadores patológicos identifica cuatro subgrupos de perfiles en el MMPI. El subgrupo 4 (Pd)-9 (Ma) es el mayor subgrupo para ambas muestras.
Moravec (1980) ¹	Jugadores compulsivos		Inteligencia (WAIS)	Un CI por encima de la media.
Wong (1980) ¹	Miembros de G.A.	20	Impulsividad (BIS)	Los jugadores se encuentran dentro del rango normal.
Dell et al. (1981)	Miembros de G.A.	35	Perfil de personalidad (MMCI)	Puntúan significativamente más alto que una muestra normativa en las escalas de Gregarismo, Narcisismo, Agresividad y Abuso de Drogas. Puntúan significativamente más bajo que una muestra normativa en las escalas de conformismo y Depresión Neurótica.
Moravec y Munley (1983)	Jugadores patológicos	23	Inteligencia (WAIS) Perfil de personalidad (MMPI) (EPPS) (POT)	Inteligencia normal brillante o por encima de la media (CI total = 116.78; CI verbal = 119.30 y CI manipulativo = 111.30). Puntuaciones altas en las escalas 4 (Pd) y 2 (D). Puntuaciones altas en ejecución, dominancia, heterosexualidad y autonomía. Puntuaciones bajas en orden, resistencia y deferencia. Puntuaciones bajas en la escala competencia del tiempo; dificultad para vivir en el presente aquí y ahora, y tendencia a estar excesivamente centrados en el pasado o en el futuro.
Blaszczynski et al. (1985)	Jugadores patológicos Adictos a la heroína Sujetos control	60 49 52	Perfil de personalidad (EPQ)	Los jugadores y adictos a la heroína puntúan más alto en psicoticismo que el grupo control. Tanto los jugadores como los adictos a la heroína varones puntúan significativamente más alto en la escala de adicción que el grupo control, pero no difieren entre ellos.

VARIABLES DE PERSONALIDAD (continuación)

Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
Kusyszyn y Rutter (1985)	Jugadores fuertes Jugadores débiles Jugadores de lotería No jugadores	118	Perfil de personalidad Escala que contiene: - 8 items locus de control (Reid & Ware, 1973) - 20 items eficiencia (Kusyszyn y Lamont, 1978) - Resto de escalas con 20 items cada una (Jackson, 1967, 1971; Jackson & Messik, 1964)	No existen diferencias significativas entre los grupos, excepto en la toma de riesgo, en la que los jugadores de lotería puntúan significativamente más bajo que los demás grupos.
Leary y Dickerson (1985)	Jugadores de baja y alta frecuencia (poker-machine)	44	Ansiedad (STAI-S)	Los jugadores de alta frecuencia puntúan significativamente más alto que los jugadores de baja frecuencia.
Zimmerman et al. (1985)	Jugadores compulsivos Grupo control	83 61	Perfil de personalidad (IGB)	Estructura factorial del juego patológico: 1. Juego neurótico. El juego aparece sintomático a la ansiedad subyacente. 2. Juego psicopático. Engloba un conjunto de conductas delictivas y ciertos rasgos esquizoides. 3. Juego impulsivo. Describe a personas buscadoras de riesgos. 4. Crimen de cuello blanco. Dimensión que incluye fraude, desfalco y evasión de impuestos. 5. Problemas laborales. El juego induce problemas en el trabajo.
Blaszczynski et al. (1986a)	Jugadores patológicos	51	Ansiedad (STAI) Perfil de personalidad (EPQ)	Los jugadores, comparados con pacientes psiquiátricos, no puntúan significativamente más alto ni en estado ni en rasgo. Los jugadores, comparados con datos basados en estudiantes, puntúan más alto. Comparados con datos normativos los jugadores patológicos puntúan significativamente más alto en Psicoticismo.
Graham y Lowenfeld (1986)	Jugadores patológicos	100	Perfil de personalidad (MMPI) Alcoholismo (MAC)	El análisis cluster de las puntuaciones refleja 4 perfiles en los que se pueden agrupar el 89% de los pacientes. C1 (perfil de desorden de la personalidad): puntuaciones moderadamente elevadas en las escalas 4 y 9. C2 (perfil de desorden de la personalidad paranoide o esquizofrenia paranoide): puntuaciones elevadas en las escalas 8, 7, 2 y 4. C3 (personalidad pasiva-agresiva, reacción depresiva con alcoholismo, personalidad pasiva-agresiva con alcoholismo): Puntuaciones muy elevadas en la escala 2 y moderadamente elevadas en la 3, 4 y 7. C4 (personalidad pasiva-agresiva o personalidad emocionalmente inestable): escala 4 elevada, escala F moderadamente elevada y todas las demás escalas, excepto la 0, moderadamente elevadas. La característica más sobresaliente es una puntuación elevada en la escala 4. Según los datos del MMPI los jugadores manifiestan una psicopatología significativa así como actitudes y conductas desviadas. La puntuación media de los jugadores es similar a las obtenidas en las muestras de alcohólicos, adictos a la heroína y drogadictos en general.
Malkin y Syme (1986)	Miembros de G.A. Jugadores sociales	16 16	Perfil de personalidad (Myers-Briggs Inventory)	No existen diferencias significativas en ninguna subescala.
Taber et al. (1986)	Jugadores patológicos	57	Perfil de personalidad (MMPI) (CPI)	Escala de fuerza del ego: puntúan significativamente más bajo que la población normal. CPI Ai Scale: no existen diferencias significativas con el grupo estandarizado. CPI Ac Scale: puntúan significativamente más bajo que el grupo estandarizado.
Adkins et al. (1987) ⁴	Jugadores patológicos	154	Perfil de personalidad (MMPI)	Diferentes tipos de perfil en función de las preferencias de juego. Aquellos que tienen preferencia por juegos de habilidad tienen puntuaciones menores en las escalas D (depresión) y Si (introversión social) y mayores en Ma (hipomanía) que los que tienen preferencia por juegos de azar. En la escala Pd (desviación psicopática) puntúan alto los dos grupos. Los jugadores que tienen preferencia por los juegos de habilidad son más expansivos e impulsivos, necesitan de un mayor contacto social y tienden hacia la búsqueda de situaciones estimulantes. Los jugadores que tienen preferencia por los juegos de azar son menos gregarios, más pasivos y tienden con mayor facilidad a la depresión.

VARIABLES DE PERSONALIDAD (continuación)				
Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
Barnes y Parwani (1987) ^c	Jugadores compulsivos No jugadores	20	Depresión (BDI)	Los jugadores tienen puntuaciones significativamente más altas que el grupo control ($\bar{x} = 17.75$).
Galski (1987)	Jugadores patológicos	49	Perfil de personalidad (MMPI)	Puntuaciones significativamente superiores en las escalas D (depresión) y Pd (desviación psicopática). Elevaciones, aunque no significativas, en las escalas de Sc (esquizofrenia) y Pt (psicostenia).
Allcock y Grace (1988)	Patológicos Adictos a la heroína Problemas de alcohol Grupo control	10 10 10 25	Impulsividad (BIS-10)	Los jugadores son menos impulsivos que los consumidores de drogas y no son significativamente más impulsivos que los sujetos control.
Blaszczynski y McConaghy (1989a)	Jugadores patológicos	75	Ansiedad (STAI) Depresión (BDI)	Las puntuaciones en las subescalas de estado y rasgo no difieren significativamente de las puntuaciones de la muestra normativa de pacientes neuropsiquiátricos, pero puntúan más alto que la muestra de estudiantes (ambas muestras son las ofrecidas por los autores del inventario). La puntuación media de los jugadores los sitúa en la categoría de depresión moderada ($\bar{x} = 18.89$).
Roy et al. (1989a)	Jugadores patológicos Sujetos control	19 18	Hostilidad (HDHQ)	Los jugadores puntúan significativamente más alto en la escala total de hostilidad que los sujetos control.
Blaszczynski et al. (1990)	Jugadores patológicos Pacientes que acuden al médico de familia	48 40	Depresión (BDI) Propensión al aburrimiento (BPS)	Los jugadores puntúan significativamente más alto ($\bar{x} = 14.85$). Los jugadores puntúan significativamente más alto, siendo la puntuación del grupo de pacientes que acuden al médico de familia comparable a los datos normativos aportados por los autores de la escala.
González et al. (1990a)	Jugadores patológicos	42	Inteligencia (WAIS) Rasgos de personalidad (MMPI), (16 PF)	CI entre medio, normal-alto y superior en comparación con la población general (CI total = 109; CI verbal = 107; CI manipulativo = 109). Las escalas más elevadas en la mayoría de los protocolos son la D, Sc, Pt y Pd. Los perfiles clínicos más característicos son el 8-7 (Sc-Pt), el 2-8 (D-Sc), 2 (D), 2-3 (D-Hy), 8 (Sc) y 2-7-8 (D-Pt-Sc). Factores de 1º orden: Puntuaciones elevadas en Q4 (tensión), en Q2 (autosuficiencia), O (inseguridad) y N (astucia). Puntuaciones bajas en Q3 (autoconflicto), H (timidez), A (aislamiento), C (inestabilidad), E (sumisión), Q1 (conservadurismo), M (realismo), F (sobriedad) e I (dureza). Factores de 2º orden: Puntuaciones altas en Q ₁ . Puntuaciones bajas en Q _n (introversión) y Q _{iv} (dependencia).
Ciarrocchi et al. (1991)	Jugadores patológicos Jugadores patológicos + abuso de alcohol Alcohólicos	55 81 96	Rasgos de personalidad (MMPI)	No existen diferencias significativas entre jugadores patológicos y alcohólicos (juntos o por separado). Las puntuaciones más altas en todos los grupos se dan en las escalas 2, 4, 7 y 8.
González et al. (1991) ^a	Jugadores patológicos hospitalizados Jugadores sociales	42 21	Impulsividad (EIS)	Los jugadores patológicos puntúan más alto que los jugadores sociales en impulsividad pero no en otros factores del Eysenck I.
McCormick y Taber (1991) ^b	Jugadores patológicos	50	Inteligencia (WAIS)	CI total = 102.6 CI verbal = 105.8 CI manipulativo = 99.4 Correlación de 0.58 entre inteligencia y abstinencia a los seis meses de finalizar el tratamiento.
Martínez et al. (1993)	Jugadores patológicos Grupo control	57 115	Perfil de personalidad (EPQ-A) Inteligencia (WAIS) Alcoholismo (CAGE) Psicopatología (SCL-90-R)	Los jugadores patológicos puntúan significativamente más alto en las subescalas Psicoticismo (P), Mentira (L) y Adicción (A). El grupo control obtiene unas puntuaciones significativamente más altas en los tres CI (total, verbal y manipulativo). Diferencias significativas entre los grupos, indicando mayor dependencia alcohólica en el grupo de jugadores. Los jugadores patológicos puntúan significativamente más alto en depresión.

VARIABLES DE PERSONALIDAD (continuación)

Autor	Tipo de jugador	N	Instrumento de evaluación	Resultados
McCormick (1993)	Consumidores de droga sin juego/ Consumidores de droga + probables problemas de juego/ Consumidores de droga + severos problemas de juego	2.171	Impulsividad (BIS-10) Hostilidad (BDHI) Afectividad negativa (BDI, NEO)	A mayor severidad del problema de juego puntuaciones más altas en impulsividad, desinhibición de la agresión y hostilidad y afectividad negativa.
Raviv (1993)	Miembros de G.A. Adictos sexuales Grupo control	32 32 38	Psicopatología (SCL-90-R) Perfil de personalidad (SDPDS)	Ansiedad: los adictos sexuales son los que puntúan más alto, después los jugadores y por último el grupo control (diferencias significativas entre los adictos sexuales y el grupo control). Depresión: los adictos sexuales son los que puntúan más alto, después los jugadores y por último el grupo control (existen diferencias significativas entre los tres grupos). Obsesivo-compulsivo: los adictos sexuales son los que puntúan más alto, después los jugadores y por último el grupo control (diferencias significativas entre los adictos sexuales y el grupo control). Sensibilidad interpersonal: los adictos sexuales son los que puntúan más alto, después los jugadores y por último el grupo control (diferencias significativas entre los adictos sexuales y el grupo control). No existen diferencias significativas entre los grupos, aunque de nuevo el que puntúa más alto es el grupo de adictos al sexo, después los jugadores y por último el grupo control.
Báez et al. (1994)	Jugadores patológicos	64	Ansiedad (STAI-R)	Los jugadores patológicos puntúan significativamente más alto en comparación con la población normal.
Carroll y Huxley (1994)	Patológicos No dependientes	26 41	Perfil de personalidad (EPQ)	Los jugadores patológicos puntúan significativamente más alto en psicoticismo que el grupo de jugadores no dependientes y que un grupo normativo de su edad.
Carlton y Manowitz (1994)	Miembros de G.A. Grupo control	12 15	Impulsividad (BIS) Rasgos de personalidad (Myers-Briggs Inventory)	Existen diferencias significativas en la subescala de impulsividad. Discrimina parcialmente los jugadores del grupo control.
Moreno et al. (1995)	Jugadores patológicos	45	Depresión (HDRS) Ansiedad (HARS) Rasgos de personalidad (MMPI)	Puntuación intermedia (10,8). Puntuación alta (14,5). El perfil de personalidad más frecuente es: desviación psicopática, depresión, psicastenia y esquizofrenia.
Steel y Blaszczynski (1996)	Miembros de G.A. Jugadores patológicos	35 80	Depresión (BDI) Psicopatología (SCL-90-R) Impulsividad (EIS) Socialización (CPI So) Perfil de personalidad (EPQ) Búsqueda de sensaciones (SSS) Propensión al aburrimiento (BPS) Entrevista semiestructurada (VV, demográficas), checklist (personalidad antisocial) y actividades criminales	Estructura factorial del juego patológico: 1. Distrés psicológico (Factor 1). 2. Búsqueda de sensaciones (Factor 2). 3. Crimen y agilidad (Factor 3). 4. Impulsividad antisocial (Factor 4).
Vitaro et al. (1997)	Estudiantes	754	Impulsividad (EIS)	Los no-jugadores obtienen las puntuaciones más bajas, seguidos de los jugadores sociales, siendo los jugadores problema los que puntúan más alto en impulsividad.

¹ Dickerson (1984).² Walker (1992a).³ Moravec et al. (1983).⁴ González (1989) y González et al. (1990a).⁵ Becoña (1993a).⁶ Castellani y Ruple (1995).

LEYENDA DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

BDHI: Buss-Durkee Hostility Inventory (Buss y Durkee, 1957).	MAC: MacAndrew Alcoholism Scale
BDI: Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961).	MMCI: Millon Multiaxial Clinical Inventory (1977).
BIS: Barrat Impulsivity Scale (Barrat, 1965).	MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway y McKinley, 1942).
BIS-10: Barrat Impulsivity Scale (Barrat, 1987).	1. Hs (hipocondriasis)
BPS: Boredom Proneness Scale (Farmer y Sundberg, 1986).	2. D (depresión)
CAGE: Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feelings y Eye-openers (Ewing y Rouse, 1970).	3. Hy (histeria)
CPI: California Psychological Inventory (Gough, 1957).	4. Pd (desviación psicopática)
CPI Ai scale: Achievement via Independence.	5. Mf (masculinidad-feminidad)
CPI Ac scale: Achievement via Conformance	6. Pa (paranoia)
EIS: Eysenck Impulsivity Scale (Eysenck y Eysenck, 1977).	7. Pt (psicastenia)
EPPS: Edwards Personal Preference Schedule.	8. Sc (esquizofrenia)
EPQ: Eysenck Personality Questionnaire.	9. Ma (hipomania)
HARS: Escala Heteroaplicada de Hamilton.	10. Si (introversión social)
HDHQ: Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (Foulds, 1965).	NEO: The Revised Neuroticism, Extraversion and Openness Personality Inventory (Costa y McCrae, 1985).
HDRS: Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960).	16PF: Personality Factorial Questionnaire (Cattell, 1975).
IGB: Inventory of Gambling Behavior (Zimmerman, Meeland y Krug (1985).	POI: Personal Orientation Inventory.
	SCL-90-R: Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis et al., 1973).
	SDPDS: Self-Defeating Personality Disorder Scale (Ackerman-Tulin, 1988).
	STAI: State-Trait Anxiety Inventory ; STAI-R: rasgo; STAI-S: estado (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).
	WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler, 1981).

ANEXO C

RESUMEN DE ESTUDIOS SOBRE DISTORSIONES COGNITIVAS EN SITUACIÓN DE JUEGO DE AZAR

RESUMEN DE ESTUDIOS SOBRE DISTORSIONES COGNITIVAS EN SITUACIÓN DE JUEGO DE AZAR

DISTORSIONES COGNITIVAS				
Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Strickland y Grote (1967)	Estudiantes	44	<p><i>Diseño intergrupo (4 grupos experimentales):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo I: porcentaje de símbolos ganadores en los tres rodillos: 70.5; 51.1; 30.9. - Grupo II: porcentaje de símbolos ganadores en los tres rodillos: 69.6; 50.3; 29.6. - Grupo III: porcentaje de símbolos ganadores en los tres rodillos: 32.0; 48.5; 71.6. - Grupo IV: porcentaje de símbolos ganadores en los tres rodillos: 30.5; 49.6; 68.1. <p>Tarea: juego en una slot machine. Variable dependiente (observación):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar jugando después de los ensayos de entrenamiento. 2. Tasa de juego durante los ensayos de entrenamiento. 3. Número de ensayos después de los 100 de entrenamiento (cuando el sujeto decide continuar jugando). 	<p>Los resultados indican que en aquellos grupos (I y II) en los que el porcentaje de símbolos ganadores en el primer rodillo era mayor, los sujetos persistían más tiempo jugando, ya que estos símbolos favorecían la creencia de que el éxito era inminente.</p> <p>Esto significa que una anticipación de ganancias temprana, frecuente y extendida fomenta el continuar jugando.</p> <p>En los grupos I y II la no aparición del símbolo ganador en el tercer rodillo produce menos frustración que en los grupos III y IV, ya que estos últimos se ven seguros ganadores cuando aparecen los símbolos ganadores en los dos primeros rodillos (al ser su probabilidad de aparición menor).</p>
Langer (1975)	Estudiantes universitarios	36	<p><i>Diseño intergrupo (2 grupos experimentales):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Condición "atractiva": el contrincante es una persona apuesta y segura. - Condición "torpe": el contrincante es una persona tímida y con un tic nervioso. <p>Tarea: partida de cartas. Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuantía de las apuestas (observación). 	<p>Las apuestas realizadas son significativamente mayores en la condición en la que el rival aparecía como una persona torpe, siendo esta diferencia máxima en la primera apuesta realizada por los sujetos.</p>
Langer (1975)	Muestra normal	53	<p><i>Diseño intragrupo (2 condiciones experimentales):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Condición "elección": el sujeto elige el ticket. - Condición "no elección": el experimentador entrega el ticket sin posibilidad de elección. <p>Tarea: juego de lotería. Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Precio por el que venderían el boleto (autoinforme). 	<p>la elección tiene un efecto considerable en la revalorización del boleto, ya que el valor medio de un boleto en la condición en la que lo elegía el propio sujeto se elevaba a \$8.67, siendo sólo de \$1.96 en la condición de no elección (el precio inicial era de \$1).</p>
Langer (1975)	Muestra normal	13	<p><i>Diseño factorial: 2 (familiaridad) x 2 (elección).</i></p> <p>Familiaridad: tickets con símbolos conocidos/tickets con símbolos desconocidos. Elección: ausencia/presencia. Tarea: juego de lotería. Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad para cambiar el boleto propio por otro con mayor probabilidad de salir premiado (autoinforme). 	<p>Los sujetos del grupo en el que se conjugan los dos factores: familiaridad y elección no cambiaban su boleto en una proporción significativamente mayor que en el resto de los grupos, siendo los sujetos de la condición inversa (ticket desconocido-imposibilidad de elección) los que más probabilidades tenían de cambiarlo.</p> <p>Los sujetos en la condición de familiaridad + elección daban razones de por qué mantenían el ticket original, mientras que los sujetos de la condición inversa que decidían no cambiarlo no daban ninguna razón.</p>
Langer (1975)	Muestra normal	15	<p><i>Diseño factorial: 2 (implicación) x 2 (familiaridad).</i></p> <p>Implicación: alta/baja. Familiaridad: alta (práctica con la tarea)/baja (sin práctica con la tarea). Tarea: aparato para jugar al ajedrez. Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grado de confianza en una actuación correcta (escala 1-10). 2. Valorar su actuación en comparación con la de un campeón de ajedrez (escala 1-10). 	<p>La valoración era significativamente más alta en la condición en la que habían tenido la oportunidad de practicar con el aparato.</p>
Langer (1975)	Apostantes de carreras de caballos	409	<p>Tarea: rellenar un boleto de lotería para participar en un sorteo Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grado de confianza en que su ticket va a ser el seleccionado. 	<p>A medida que pasa el tiempo entre la apuesta y el sorteo los sujetos tienen mayor esperanza en ganar.</p>

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Langer (1975)	Muestra normal	41	<p>Diseño intergrupo (2 grupos experimentales):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implicación alta: los tres números del boleto premiado irán saliendo en tres días consecutivos. - Implicación baja: se da la solución del boleto premiado en un sólo día. <p>Tarea: juego de lotería.</p> <p>Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad para cambiar el boleto propio por otro con mayor probabilidad de salir premiado (autoinforme). 2. Grado de confianza en que su ticket va a ser el premiado. 	<p>Los sujetos en la condición de implicación alta rechazan en mayor medida la posibilidad de cambiar el boleto que los sujetos en el grupo de implicación baja, siendo la diferencia significativa. También existen diferencias significativas entre los grupos en el grado de confianza en que el ticket sea premiado, siendo mayor en los sujetos pertenecientes al grupo de implicación alta.</p>
Langer y Roth (1975)	Estudiantes universitarios	90	<p>Diseño factorial: 3 (secuencias) x 2 (implicación).</p> <p>Secuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secuencia descendente de aciertos. - Secuencia ascendente de aciertos. - Secuencia aleatoria de aciertos. <p>Implicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actor: predice los resultados de la moneda lanzada por el experimentador. - Observador: mira como realiza la tarea el actor. <p>Tarea: predecir los resultados en 30 lanzamientos de una moneda.</p> <p>Variable dependiente (autoinforme):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo piensas que eres prediciendo resultados como éste? (0=muy malo, 5=media, 10=muy bueno). 2. ¿Cómo crees que hubieras hecho la tarea si te hubieran distraído? (0=mucho peor, 10=mucho mejor). 3. ¿Cuánto crees que podrías mejorar con la práctica? (0=nada, 5=algo, 10=bastante). 4. ¿Cuántas predicciones correctas piensas que has tenido en los 30 lanzamientos? 5. ¿Cuántas predicciones correctas crees que tendrías en los próximos 100 lanzamientos? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los sujetos del grupo de la secuencia descendente perciben de forma significativa que tienen mayor habilidad y que son mejores realizando una tarea de estas características que los otros dos grupos. A su vez la condición de mayor implicación (actor) experimenta en mayor medida esta ilusión de control que la condición de observador. 2. Los sujetos del grupo de la secuencia descendente perciben que su actuación es más sensible a la distracción que los otros dos grupos. Aunque la diferencia no es significativa. 3. Porcentaje de mejora en la tarea con la práctica: Secuencia descendente: 50%. Secuencia ascendente: 30%. Secuencia aleatoria: 40%. La diferencia no es significativa. 4. Los sujetos del grupo de la secuencia descendente recuerdan significativamente más éxitos que los otros dos grupos. 5. Los sujetos del grupo de la secuencia descendente predicen significativamente más éxitos en los 100 sucesivos lanzamientos que los otros dos grupos. También existe una diferencia significativa en la variable actor-observador: los sujetos esperan más éxitos en el futuro cuando predicen su propia actuación que cuando predicen la actuación futura de otros.
Gilovich (1983)	Apostantes de fútbol americano (estudiantes)	29	<p>Sesión 1: se hacen las apuestas para los partidos de la semana.</p> <p>Sesión 2: de cuatro a siete días después se comentan las apuestas con el experimentador y se graban los pensamientos sobre los partidos que se acaban de jugar.</p> <p>Sesión 3: tres semanas después de la sesión 2 se contacta telefónicamente con los sujetos y se les pide que recuerden lo que puedan sobre los partidos en los que apostaron en la sesión 1.</p>	<p>Los sujetos dedican más tiempo a reexaminar y discutir sus pérdidas que sus ganancias. Al dedicar más atención a sus pérdidas, éstas se recuerdan más.</p> <p>El tipo de comentarios que los sujetos hacen sobre sus ganancias o pérdidas son distintos: tienden a desvirtuar sus fracasos y a ratificar sus éxitos.</p>
Gilovich (1983)	Estudiantes	64	<p>A los sujetos se les llama por teléfono dos semanas después del partido de baloncesto UCLA-Louisville (en el que hubo una jugada conflictiva y decisiva a dos minutos de terminar el encuentro). Se les hace una serie de preguntas sobre el partido, desconociendo tanto los investigadores como los sujetos el objetivo de tales preguntas.</p>	<p>La jugada fortuita pero crítica tiene más impacto en aquellos sujetos cuyo equipo ha perdido que en aquellos cuyo equipo ha ganado. Haciendo resaltar este hecho los seguidores perdedores tienden a restaurar la fe en el equipo.</p>
Gilovich (1983)	Miembros de la plantilla de la Stanford University	49	<p>Los sujetos tienen que apostar en un partido seleccionado de las semanas 9 a la 14 de la liga. Para hacer las apuestas reciben dos tipos de información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datos que resumen la temporada anterior. 2. Datos de las ocho primeras semanas de la temporada actual. 	<p>Sólo aquellos sujetos que han perdido sus apuestas y no pueden culpar de esa pérdida a uno o más eventos fortuitos tienden a perder la confianza en su equipo.</p> <p>Los sujetos ganadores y los perdedores, que tienen la posibilidad de desestimar esa pérdida con algún evento fortuito, mantienen la confianza en la futura actuación de su equipo.</p> <p>Los eventos fortuitos son utilizados por los sujetos perdedores para explicar esa pérdida, mientras que los sujetos ganadores no se ven afectados por tales eventos.</p>

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Ladouceur y Mayrand (1984)	Estudiantes universitarios	150	Diseño factorial: 2 (feedback) x 7 (secuencias). Feedback: - Feedback continuo: se proporciona feedback según un orden predeterminado. - Feedback parcial: se proporciona feedback (nº de éxitos/fracasos) cada 10 lanzamientos. Tarea: predicción de los resultados de 30 lanzamientos de una moneda. Variable dependiente (autoinforme): 1. ¿Cuántas predicciones correctas crees que tendrías en los próximos 100 lanzamientos? 2. ¿Cuántas predicciones correctas piensas que has tenido en los 30 lanzamientos? 3. ¿Cómo piensas que eres prediciendo resultados como éste? (0=muy malo, 5=media, 10=muy bueno). 4. ¿Cómo crees que hubieras hecho la tarea si te hubieran distraído? (0=mucho peor, 10=mucho mejor). 5. ¿Cuánto crees que podrías mejorar con la práctica? (0=nada, 5=algo, 10=bastante).	Los sujetos mantienen una percepción relativamente objetiva de la probabilidad de acierto, aunque las secuencias que comienzan con frecuentes ganancias producen una sobrestimación de la actuación, mientras que las secuencias que comienzan con pocas ganancias provocan una infraestimación de la actuación. Cuando existen diferencias entre los grupos es más para infraestimar que para sobreestimar futuros aciertos. El feedback no facilita una percepción objetiva de la posibilidad de éxito/fracaso y no impide el desarrollo de la ilusión de control. La información dada a los sujetos generalmente no crea ilusión de control con respecto a futuros lanzamientos de monedas. Los dos tipos de feedback no producen efectos diferenciales. Cuanto mayor es el número de ensayos, menor es el control indicado por los sujetos en esa situación.
	Estudiantes universitarios	64	Diseño factorial: 2 (feedback) x 2 (secuencias). Feedback: ausencia/presencia.	
Ladouceur y Mayrand (1984)	Jugadores regulares	21	Diseño intergrupo (3 grupos experimentales): - secuencia ascendente de aciertos. - secuencia descendente de aciertos. - secuencia aleatoria de aciertos.	Los resultados no confirman que la ilusión de control esté presente entre los jugadores regulares envueltos en una situación de juego.
Ladouceur et al. (1984)	Estudiantes universitarios	90	Diseño factorial: 2 (participación) x 3 (implicación). Participación: activa (lanzamiento dado)/ pasiva (no lanzamiento dado). Implicación: apuesta variable/ apuesta constante/ no apuesta. Tarea: predicción de los resultados de 30 lanzamientos de una moneda. Variable dependiente (cuestionario): 1. Percepción de azar o habilidad durante la tarea.	Los resultados no confirman la hipótesis de que una participación e implicación activa inducen ilusión de control.
Wagenaar et al. (1984)	Jugadores de blackjack	77	Tarea: clasificar las afirmaciones sobre blackjack en función del grado de acuerdo (acuerdo, indiferencia y desacuerdo). Variable dependiente (autoinforme): 1. Grado de acuerdo con 45 afirmaciones sobre blackjack.	Análisis factorial del cuestionario: 1. Valor esperado. 2. Racionalidad. 3. Actitud de riesgo. Las dimensiones 2 y 3 podrían ser suficientemente importantes para neutralizar la primera dimensión (valor esperado), lo que explicaría por qué los sujetos utilizan estrategias que no maximizan las posibilidades de ganancia y siguen jugando a pesar de las expectativas de ganancia negativas.
Keren y Wagenaar (1985)	Jugadores de blackjack	112	Estudio de campo (casino). Tarea: juego de blackjack.	Los jugadores no siguen estrategias óptimas básicas. Los jugadores se apartan de las estrategias básicas de una manera ordenada.
	Jugadores de blackjack	149	Observación. Autoinforme.	Aparece de forma significativa: - la falacia del jugador: después de una mano que se ha perdido se considera que hay más probabilidades de ganar en la siguiente y viceversa. - una incapacidad para comprender la independencia estadística entre los eventos. - la ley de los números pequeños: se considera que las muestras pequeñas son representativas de la población a la que pertenecen. - la utilización del concepto de suerte. - el sesgo de las explicaciones post hoc.

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Gilovich y Douglas (1986)	Estudiantes Jugadores regulares de Bingo	80 36	Diseño factorial: 2 (ganar/perder) x 2 (evento fortuito/no evento fortuito). Tarea: parejas de sujetos que compiten entre sí en un juego de bingo por ordenador. Variable dependiente (observación): 1. Cuantía de las apuestas en la segunda vuelta, después de haber sufrido los efectos de la variable independiente.	Los sujetos del grupo de "perder por chiripa" que perdían en la primera partida apostaban en la segunda partida tanto como aquellos que habían ganado en la primera. Parece que los sujetos en la condición de "perder por chiripa" desestiman la importancia de ese evento fortuito. Los sujetos del grupo de "ganar por chiripa" no cuestionan la importancia del evento fortuito y apuestan tanto en la segunda partida como los de la condición de "ganar". La evaluación de los resultados hecha por los sujetos está sesgada y este sesgo contribuye a prolongar la participación en el juego.
Gilovich y Douglas (1986)	Estudiantes	160	Diseño factorial: 2(control) x 2 (ganar/perder) x 2 (evento fortuito/no evento fortuito). Control: - Condición de "ilusión de control": los sujetos pueden elegir los cartones de juego y el botón que determina la secuencia aleatoria de números. - Condición de "no-control": se eliminan estos dos factores de elección. Tarea: parejas de sujetos que compiten entre sí en un juego de bingo por ordenador. Variable dependiente (observación): 1. Cuantía de las apuestas en la segunda vuelta, después de haber sufrido los efectos de la variable independiente.	Condición de "ilusión de control": en el grupo de "perder por chiripa" el evento fortuito tiene un efecto mayor y significativo que en el grupo de "ganar por chiripa". Condición de "no-control": el evento fortuito tiende a incrementar la confianza de los que han perdido (grupo de "perder por chiripa"), pero a disminuir la de aquellos que han ganado (grupo de "ganar por chiripa"). La presencia de un evento fortuito produce mayor incremento de la confianza en los perdedores en la condición de "ilusión de control" que en la condición de "no-control". La presencia de un evento fortuito produce menor confianza en los ganadores en la condición de "no-control" que en la condición de "ilusión de control".
Ladouceur et al. (1986)	Estudiantes universitarios	38	Diseño intergrupo (2 grupos experimentales): - Los sujetos juegan solos. - Los sujetos juegan con 2-3 personas más. Tarea: juego de ruleta americana. Variables dependientes: 1. Toma de riesgo (observación): - Cantidad de dinero que se apuesta en cada partida. - Tipo de apuesta. 2. Percepción de eficacia personal (autoinforme). 3. Nivel de confianza (autoinforme). 4. Percepción de control (autoinforme).	Familiaridad con el juego: la conducta de toma de riesgo aumenta con la exposición directa al juego, aumentando el riesgo intra e intersesión. Juego en grupo: no existen diferencias significativas en la toma de riesgo entre los sujetos que juegan solos y aquellos que lo hacen con otros. Familiaridad y percepción de control: existe relación entre familiaridad con el juego y percepción de control, percepción de eficacia personal y nivel de confianza al principio de cada sesión, pero dicha relación no persiste.
Letarte et al. (1986)	Muestra normal	45	Diseño factorial: 2 (percepción del juego) x 2 (frecuencia de ganancias). Percepción del juego: - Condición "estrategia": percepción de la ruleta como un juego de habilidad. - Condición "azar": percepción de la ruleta como un juego de azar. Frecuencia de ganancias: - Ganancias frecuentes (50%). - Ganancias infrecuentes (20%). Tarea: juego de ruleta por ordenador. Variables dependientes: 1. Evaluación de la percepción de control (autoinforme): - Ilusión de control primaria: valoración atribuida a la importancia del tipo de apuesta elegida. - Ilusión de control secundaria: porcentaje atribuido a la suerte personal en los resultados. - Ausencia de control: porcentaje atribuido sólo al azar. 2. Evaluación de la toma de riesgo (observación): - Relación entre el dinero invertido en cada apuesta y la suma total de que dispone el sujeto. - Tipo de apuesta. - Coeficiente de riesgo.	Ilusión de control primaria: los sujetos que inicialmente tienen la creencia de que ciertas estrategias influyen en los resultados indican que el tipo de apuesta elegida ha influido en el resultado del juego un 44%, comparado con el 14% dado por los sujetos que inicialmente indican que el azar es el factor principal en el juego de la ruleta. Ilusión de control secundaria: los sujetos que inicialmente creen que la suerte es el factor principal en la ruleta no hacen referencia a la ilusión de control secundaria, aunque creen que su propia suerte podría explicar el 19% de las ganancias. Toma de riesgo: la suma de dinero apostado aumenta en función del número de ensayos y a medida que el juego progresa el tipo de apuesta cada vez es más arriesgado. Esto significa que la exposición al juego aumenta la conducta de riesgo. Los sujetos que pertenecen al grupo de ganancias frecuentes (50%) reflejan mayor ilusión de control primaria y secundaria y mayor toma de riesgo que los sujetos con ganancias infrecuentes (20%).

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Dickerson y Adcock (1987)	Muestra general de miembros de la universidad y estudiantes	36	Tarea: jugar en una poker-machine. ^b Variable dependiente: 1. Juicios de probabilidad de éxito (escala analógica visual: desafortunado-afortunado).	La estimación del éxito propio y de los demás no correlaciona con la persistencia y duración del arousal. Existe una pequeña correlación negativa entre el estado de ánimo inicial y las estimaciones de éxito personal. Los jugadores ocasionales eligen la primera máquina que ven para jugar, mientras que los jugadores regulares se toman su tiempo para elegir, basándose en atribuciones personales de control sobre el juego.
Ladouceur y Mayrand (1987)	Muestra normal	40	Diseño factorial: 2 (grado de implicación) x 2 (momento de la apuesta). Grado de implicación: - Implicación activa: el sujeto lanza la bola. - Implicación pasiva: el experimentador lanza la bola. Momento de la apuesta: - Antes del lanzamiento. - Después del lanzamiento (sin conocer el resultado). Tarea: juego de ruleta americana. Variables dependientes: 1. Toma de riesgo (observación): - Cantidad de dinero invertido en cada apuesta. - Tipo de apuesta. 2. Percepción de control (cuestionario de atribución y escala tipo Likert).	Toma de riesgo: - Mayor cuando el sujeto hace la apuesta antes de lanzar la bola. - Mayor cuando hay una implicación activa. - Las apuestas son mayores a medida que el juego avanza. Percepción de control: - Después de una ganancia los sujetos están más motivados para seguir jugando que después de una pérdida. - Después de una pérdida los sujetos hacen predicciones más puntuales o arriesgadas (tendencia a predecir un número específico más que una columna de números). - Las probabilidades subjetivas de ganancia son mayores después de una pérdida que de una ganancia. Existe una relación positiva entre predicción de resultados, percepción de control y conducta de riesgo.
Ladouceur et al. (1987)	Jugadores de Lotería pasiva Jugadores de Lotería pseudo-activa	200 200	Diseño intergrupo (2 grupos): - Jugadores de lotería pasiva. - Jugadores de lotería pseudo-activa. Tarea: posibilidad de cambiar el billete adquirido por otro (u otros) cuyos números son elegidos al azar. Variables dependientes (entrevista): 1. Número de billetes necesarios a cambio del billete del jugador. 2. Número y tipo de estrategias. 3. Inversión subjetiva y confianza puesta en el billete.	1. Los jugadores de lotería pseudo-activa requieren más billetes que los de lotería pasiva para cambiar el suyo (más resistencia al cambio). 2. Los consumidores de productos pasivos son más exclusivos en su modo de compra que los consumidores de lotería pseudo-activa y eligen su billete más veces de forma aleatoria que los compradores de productos pseudoactivos (los jugadores de lotería pseudo-activa recurren a más medios sistemáticos a la hora de elegir su billete). El 88% de los jugadores de lotería pseudo-activa eligen una combinación de números en desorden más bien que una secuencia de números ordenados. 3. Los compradores de lotería pseudo-activa tienen más confianza en sus billetes que los compradores de lotería pasiva y la inversión subjetiva en su billete revela que utilizan más estrategias.
Gaboury et al. (1988)	Jugadores regulares Jugadores ocasionales	15 15	Diseño intergrupo (2 grupos): - Jugadores regulares. - Jugadores ocasionales. Tarea: juego de blackjack. Variables dependientes: 1. Verbalizaciones (grabación). 2. Riesgo monetario (observación). 3. Percepción de control (cuestionario). 4. Motivación (autoinforme).	1. Los sujetos emiten significativamente más verbalizaciones irracionales que racionales en el juego de Blackjack, siendo los jugadores regulares los que cometen más errores. 2. El nivel de riesgo monetario aumenta con tiempo de exposición al juego en ambos grupos. 3. Porcentaje atribuido por los sujetos a los resultados del juego: Jugadores regulares: habilidad (38.6%) azar (38.3%) suerte (23%) Jugadores ocasionales: habilidad (39.5%) azar (51%) suerte (9.5%) 4. La motivación durante el juego es semejante en ambos grupos, descendiendo con el tiempo.

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Ladouceur y Gaboury (1988)	Muestra normal	30	<p>Diseño intergrupo (2 grupos experimentales):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de riesgo limitada: suma de dinero constante y limitada en cada apuesta. - Toma de riesgo ilimitada: suma de dinero ilimitada en cada apuesta. <p>Tarea: juego de ruleta americana.</p> <p>Variables dependientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizaciones (grabación). 2. Tipo de apuesta (observación). 3. Ilusión de control y motivación (autoinforme). 	<p>Ambos grupos emiten un número equivalente de verbalizaciones racionales e irracionales.</p> <p>El tipo de apuesta del grupo de toma de riesgo limitada adquiere mayor riesgo que el del grupo de toma de riesgo ilimitada.</p> <p>No existen diferencias significativas entre ambos grupos en la ilusión de control y la motivación.</p>
Ladouceur et al. (1988b)	Estudiantes universitarios	20	<p>Diseño intergrupo (2 grupos experimentales):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganancias frecuentes (50%). - Ganancias infrecuentes (20%). <p>Tarea: juego de ruleta por ordenador.</p> <p>Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizaciones (grabación). 	<p>No existen diferencias significativas entre ambos grupos en la proporción existente entre pensamientos racionales/irracionales. En ambos grupos el número de verbalizaciones irracionales es significativamente mayor que el número de verbalizaciones racionales.</p> <p>No existen diferencias significativas en el número de verbalizaciones irracionales emitidas por cada grupo, lo cual indica que se requieren pocos refuerzos (ganancias) para provocar pensamientos irracionales en los jugadores.</p>
Frank y Smith (1989)	Estudiantes (9-11 años)	66	<p>Diseño intergrupo (3 grupos experimentales):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secuencia de ganancias descendente. - Secuencia de ganancias ascendente. - Secuencia de ganancias aleatorias. <p>Tarea: acertar los resultados en 30 lanzamientos de una moneda.</p> <p>Variable dependiente (cuestionario):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cómo creen que han hecho la tarea. 2. Si creen que su actuación mejoraría con la práctica. 3. Si la presencia de otros puede influir en su actuación. 4. Estimar cómo actuarían en los siguientes 30 y 100 lanzamientos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secuencia descendente: más de la mitad de los sujetos piensa que lo ha hecho bien. Secuencias ascendente y aleatoria: un tercio de los sujetos piensa que lo ha hecho bien. Las diferencias no son significativas. 2. Secuencia descendente: la mitad de los sujetos piensa que lo haría mejor. Secuencias ascendente y aleatoria: dos tercios de los sujetos piensa que lo haría mejor con la práctica. Las diferencias no son significativas. 3. Porcentaje de empeoramiento en la tarea si otros están mirando: Secuencia descendente: 43%. Secuencia ascendente: 29%. Secuencia aleatoria: 17%. Las diferencias son significativas. 4. Los sujetos de la condición ascendente hacen estimaciones de aciertos en futuras series significativamente más bajas que los sujetos de las condiciones descendente y aleatoria.
Gaboury y Ladouceur (1989)	Muestra normal	10	<p>Tarea: juego en una slot machine.</p> <p>Variables dependientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizaciones (grabación). 2. Percepción de control (autoinforme). 	<p>Las verbalizaciones irracionales superan significativamente en número a las verbalizaciones racionales.</p> <p>Los sujetos perciben las máquinas recreativas tipo B como un juego de azar. Los porcentajes atribuidos al azar o la suerte versus la habilidad no cambian significativamente antes (98% y 2%) y después (91% y 9%) de jugar.</p>
Gaboury y Ladouceur (1989)	Muestra normal	20	<p>Diseño intergrupo (2 grupos experimentales):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condición "estrategia": percepción de la ruleta americana como un juego de habilidad. - Condición "azar": percepción de la ruleta americana como un juego de azar. <p>Tarea: juego de ruleta americana.</p> <p>Variables dependientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizaciones (grabación). 2. Percepción de control (autoinforme). 	<p>El número de percepciones erróneas es mayor que el de percepciones adecuadas.</p> <p>Existen diferencias significativas entre los grupos, siendo el grupo "estrategia" el que más verbalizaciones irracionales emite.</p> <p>Existen diferencias significativas entre los grupos en la percepción de control. Los porcentajes atribuidos al azar o la suerte versus la habilidad por el grupo "azar" son 94% y 6%, mientras que el grupo "estrategia" hace una distribución del 64% y 36% respectivamente. Los grupos no cambian su percepción de control antes y después de jugar.</p>

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Halpern y Devereaux (1989)	Población normal		Estudio de campo. Tarea: <i>lotería (Pennsylvania Daily Number).</i> ^a	Preferencia por los números triples (ej: 777, 333...), excepto por el número 000 y 666. Preferencia por números bajos (100-400), excepto del 001 al 099. Descendiendo la preferencia a medida que aumenta la cifra. Los números menos populares son aquellos que tienen dos cifras repetidas y seguidas (ej: 994, 665...). Eligen cifras que coinciden con fechas representativas (ej: cumpleaños, aniversarios...). Evitan elegir los números premiados el día anterior. Recuerdan la historia de los premios ganadores, eligiendo aquellos que consideran números de la suerte o evitándolos (falacia del jugador). Números de la suerte: 7, múltiplos de 7, series ascendentes y descendentes con intervalos de 1 ó 2 dígitos (ej: 123, 135, 987, 753...).
Halpern y Devereaux (1989)	Muestra normal	61	Tarea: ordenar series de números y hacer una selección actual. 1. Ordenar 11 números de acuerdo a cómo el azar los hubiera colocado. 2. Ordenar 11 números de acuerdo a cómo la suerte los hubiera colocado. 3. Ordenar 11 números de acuerdo a la frecuencia con la que piensa que han salido en la lotería (Pennsylvania Daily Number). ^a	El azar correlaciona negativa y significativamente con la suerte, esto es, los números de la suerte son además los que aparecen en el último lugar de la secuencia ordenada según el azar. Existe una correlación positiva entre los números de la suerte y los seleccionados en la actualidad y negativa entre los números aleatorios y los seleccionados en la actualidad. Existe una correlación positiva entre la percepción de ganancias anteriores y azar y negativa con la suerte. Las ganancias anteriores no correlacionan con la selección actual. Aunque la aparición de los números aleatorios se considera más probable en el pasado, los sujetos evitan estos números en su selección actual. Por el contrario, se apuesta más por los números de la suerte, a pesar de que su aparición se percibe menor.
Halpern y Devereaux (1989)	Muestra normal	60	Tarea: categorizar una serie de números. 1. Categorizar una serie de números como aleatorios, no-aleatorios y neutrales. 2. Categorizar una serie de números como de la suerte, no-suerte y neutrales.	Los números de la suerte son categorizados como tales en más ocasiones que los otros. Los números aleatorios y no-aleatorios son categorizados como tales en más ocasiones que los neutrales.
Halpern y Devereaux (1989)	Estudiantes	215	Tarea: selección de números. 1. Seleccionar los que tengan una significación personal o cultural especial. 2. Seleccionar los números que se consideran "buenos" y "malos".	Los sujetos tienden a considerar "buenos" los números a los que tienen asociado algo en la memoria.
Ladouceur y Gaboury (1989)	Muestra normal	30	Diseño intergrupo (2 grupos experimentales): - Casino (ruleta). - Video (ruleta). Tarea: juego de ruleta americana. Variables dependientes: 1. Verbalizaciones (grabación). 2. Toma de riesgo (observación). 3. Percepción de control y motivación (autoinforme). 4. Confrontación con las verbalizaciones emitidas (escucha de la grabación).	No existen diferencias significativas entre los grupos, excepto en la variable tipo de apuesta en la que el grupo de la ruleta en casino adquiere un grado de riesgo más elevado que el grupo de video-ruleta. El número de verbalizaciones irracionales supera al de racionales en ambos grupos, así como a medida que transcurre el juego el riesgo monetario es mayor. La mayor parte de los sujetos no reconoce las verbalizaciones irracionales emitidas durante el juego. Los juegos de azar en forma de video provocan, en general, efectos similares a los suscitados por los juegos de casino.
Coulombe et al. (1992)	Jugadores regulares Jugadores ocasionales	12 12	Tarea: juego en una video-poker machine. ^b Variable dependiente: 1. Verbalizaciones (grabación).	Los jugadores regulares emiten más verbalizaciones erróneas durante el juego que los jugadores ocasionales.

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Walker (1992b)	Estudiantes	26	<p>Diseño factorial intragrupo: 3 (tipo de juego) x 3 (preferencias de juego):</p> <p>Tipo de juego/preferencia de juego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Videojuego. - Slot machine.^a - Video poker machine.^b <p>Tarea: jugar en las tres máquinas durante un periodo de 30 minutos en cada una de ellas.</p> <p>Variable dependiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizaciones (grabación). 	<p>Las slot machine elicitán más pensamientos irracionales que las video poker machine, y a su vez, éstas últimas más que los videojuegos.</p> <p>Los sujetos que prefieren las slot machine emiten más pensamientos irracionales que aquellos que prefieren las video poker machine o los videojuegos, con independencia del tipo de juego al que estén jugando.</p> <p>El 38% de las verbalizaciones emitidas y el 80% de las frases que hacen referencia a estrategias son irracionales.</p> <p>Los niveles más altos de pensamientos irracionales ocurren cuando los jugadores de slot machine juegan a este tipo de juego. Los niveles más bajos ocurren cuando los jugadores de videojuegos juegan a este tipo de juego.</p>
Griffiths (1993b)	<p>Jugadores regulares</p> <p>Jugadores no-regulares</p>	<p>30</p> <p>30</p>	<p>Diseño intergrupo (2 grupos experimentales):</p> <p>Método de "pensar en voz alta" (presencia /ausencia).</p> <p>Tarea: juego en una fruit-machine.^c</p> <p>Variables dependientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizaciones (grabación). 2. Percepción de habilidad (entrevista semiestructurada). 	<p>Los jugadores regulares emiten significativamente más verbalizaciones irracionales que los jugadores no-regulares. De esas verbalizaciones irracionales los jugadores regulares emiten significativamente un porcentaje mayor de errores en la categoría "personificación de la máquina". Mientras que los jugadores no-regulares consideran que las máquinas recreativas tipo B son fundamentalmente un juego de azar, los jugadores regulares piensan que existe la misma proporción de habilidad y de azar. Los jugadores regulares se consideran significativamente más habilidosos jugando que los jugadores no-regulares, de las cuales destacan el "conocimiento" de la máquina.</p>
Carroll y Huxley (1994)	<p>Jugadores no dependientes</p> <p>Jugadores dependientes</p>	<p>18</p> <p>14</p>	<p>Diseño intragrupo (2 variables independientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slot machine^a favorita. - Slot machine^a desconocida. <p>Tarea: predecir cuánto dinero van a recuperar con la apuesta original cuando juegan en su máquina favorita y cuando juegan en una máquina desconocida (slot machine).</p> <p>Variable dependiente (autoinforme):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predicción de ganancia. 	<p>Los jugadores dependientes predicen ganancias mayores que los jugadores no dependientes tanto si juegan en una máquina favorita como en una desconocida. Siendo la diferencia significativa en el caso de una máquina desconocida.</p> <p>Tendencia de los jugadores dependientes a sobreestimar el éxito. Los jugadores no dependientes son más realistas en sus predicciones de ganancia.</p>
Ladouceur et al. (1995)	Muestra normal	40	<p>Tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferencia y modificación de tickets de la lotería Lotto 6/49.^a - Preferencia y modificación de series de rojo/negro (ruleta americana). <p>Variables dependientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preferencia por tickets y series. 2. Magnitud de las apuestas para la primera y la última serie seleccionadas. 	<p>Los sujetos creen en determinadas cualidades del azar y aplican esa creencia a los juegos de azar. El error principal es la violación del principio de independencia entre eventos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las secuencias en las que aparecen números consecutivos o un elemento se repite varias veces seguidas se consideran menos probables y son "corregidas" para incrementar su probabilidad de ganancia. - Los tickets de lotería o las secuencias rojo/negro aparentemente aleatorias son las preferidas porque se considera más probable su aparición.
Savoie y Ladouceur (1995)	<p>Jugadores regulares de Lotería</p> <p>Jugadores ocasionales de Lotería</p>	<p>100</p> <p>100</p>	<p>Diseño intergrupo (2 grupos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugadores regulares. - Jugadores ocasionales. <p>Tarea: juego de la lotería Lotto 6/49.^a</p> <p>Variables dependientes (entrevista):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preferencia por la irregularidad (una combinación de números no consecutivos da la impresión de una probabilidad de aparición mayor que una combinación de números consecutivos). 2. Efecto de la dependencia entre eventos (un número que acaba de salir debe dar la impresión de que su probabilidad de aparición en sucesivos sorteos es menor que aquel número que lleva tiempo sin aparecer). 3. Estrategias para elegir los números. 4. Comportamientos supersticiosos. 5. Participación en otros juegos de azar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los jugadores regulares prefieren un billete cuya combinación está compuesta de números no consecutivos que los jugadores ocasionales, apoyándose en la idea de que la regularidad es incompatible con el azar. 2. Los jugadores regulares conceden una probabilidad de aparición mayor a aquellos números que no han salido recientemente que los jugadores ocasionales, demostrando que los sujetos consideran que el azar se adapta al principio de la compensación (varias apariciones cercanas de un acontecimiento van a ir seguidas de su no aparición y viceversa). 3. Los jugadores regulares se inclinan más que los ocasionales en creer que sus estrategias para elegir los números aumentan sus posibilidades de ganar y además conservan con más frecuencia los mismos números en los sucesivos sorteos. 4. Los jugadores regulares tienen más comportamientos supersticiosos que los ocasionales y tales hábitos se suelen desarrollar después de una ganancia. 5. Los jugadores regulares participan más en otros juegos de azar y de dinero que los jugadores ocasionales.

DISTORSIONES COGNITIVAS (continuación)

Autor	Muestra	N	Metodología	Resultados
Ladouceur et al. (1996) Ladouceur y Dubé (1997)	Estudiantes universitarios	20	Tarea: producción de una secuencia de 100 cara/cruz o la secuencia de 100 rojo/negro como si fuera el lanzamiento de una moneda 100 veces o el resultado de 100 partidas de ruleta. Variables dependientes: 1. Verbalizaciones durante la tarea (grabación). 2. Número de correcciones de la secuencia con el objetivo de mejorar el grado de aleatoriedad en dicha secuencia (observación). 3. Grado de convicción de que la secuencia es aleatoriamente representativa (0-10).	El porcentaje de pensamientos erróneos es del 61% frente a un 39% de percepciones adecuadas. El principal error se basa en considerar los eventos pasados para determinar los eventos futuros. No se aplica el principio de independencia a los eventos, de forma que se intenta equilibrar la aparición de ambos eventos, interrumpir patrones de secuencia y evitar secuencias largas de elementos iguales.
Ladouceur et al. (1996)	Estudiantes universitarios	28	Diseño intergrupo (2 grupos experimentales): - Con incentivo monetario. - Sin incentivo monetario. Tarea: producción de dos secuencias de 100 cara/cruz como si fuera el lanzamiento de una moneda 100 veces. Variables dependientes: 1. Verbalizaciones durante la tarea (grabación). 2. Número de correcciones de la secuencia con el objetivo de mejorar el grado de azar en dicha secuencia (observación). 3. Grado de convicción de que la secuencia es representativa del azar (0-10).	El número de verbalizaciones es significativamente mayor en el grupo con incentivo monetario que en aquel sin incentivo monetario. El porcentaje de pensamientos erróneos (75%) y adecuados (25%) es igual en ambos grupos. El error fundamental es que los sujetos no aplican el principio de independencia entre eventos aleatorios, por el contrario continuamente hacen referencia a su producción pasada para generar los eventos siguientes. Este error se manifiesta en el intento de equilibrar los elementos en una secuencia, romper patrones de secuencia y evitar secuencias largas de elementos iguales. En el grupo con incentivos monetarios el intento de equilibrar es el error más importante y la evitación de secuencias largas disminuye comparado con el grupo sin incentivos monetarios, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. La modificación de una secuencia por parte del sujeto incrementa su convicción de que es aleatoriamente representativa, siendo este incremento mayor en el grupo con incentivos monetarios.
Toneatto et al. (1997)	Jugadores regulares, problema y patológicos	38	En el marco de una entrevista más amplia sobre hábitos de juego y otros temas relacionados, los jugadores deben contestar a la pregunta: - ¿Hace algo especial para incrementar las posibilidades de ganar?	Se identifican 13 distorsiones cognitivas referidas a influir en los resultados del juego, agrupadas en cinco categorías: 1. Control basado en la interpretación - Sesgo atribucional - Sesgo de memoria 2. Control de la probabilidad - "Cazar" las pérdidas - Contingencias falsas - Errores de probabilidad 3. Ilusión de control pasiva - La suerte como un estado - La suerte como un rasgo 4. Ilusión de control activa - Eficacia de las habilidades - Control cognitivo - Control conductual - Control a través de amuletos 5. Control basado en la predicción - Claves manifiestas - Contraste de hipótesis La ilusión de control activa es la distorsión cognitiva más frecuente (cometida por el 84.2% de la muestra) y el control basado en la interpretación la menos frecuente (31.6%). El número medio de distorsiones cometidas es 3.47. El 7.9% de la muestra no informa de ningún pensamiento irracional. No existen diferencias significativas en el número de distorsiones cognitivas emitidas por ambos sexos, pero proporcionalmente los hombres tienden más que las mujeres a la ilusión de control basada en las habilidades. Puntuaciones del SOGS en el rango de juego problemático o patológico están asociadas con un mayor número de distorsiones cognitivas.

^a *Slot-machine*: término genérico utilizado para referirse a cualquier máquina caracterizada por la inserción de una moneda, la acción de un mecanismo de azar y el abono del premio dependiendo de los resultados.

^b *Video poker-machine*: slot-machine en la que se juega a las cartas, existiendo la posibilidad de interactuar con la máquina (ej.: reteniendo ciertas cartas en cada tirada).

^c *Fruit-machine*: slot-machine en la que existe la posibilidad de interactuar con la máquina (ej.: reteniendo figuras, acumulando premios, etc.).

^d *Pennsylvania Daily Number*: juego diario de lotería en el que los jugadores deben escoger en cada boleto tres números que van del 000 al 999 y cuyas ganancias dependen del número de acertantes.

^e *Lotto 6/49*: se corresponde con la Lotería Primitiva o Bonoloto española.

ANEXO D

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

FICHA DE DATOS PERSONALES

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Código Postal:**Teléfono particular:****Teléfono trabajo:****Edad:****Estudios:****Profesión:****Puesto de trabajo:**

Estado civil:

Nº hijos:

Clase social subjetiva:

Fuente que remite:

Nº de historia:

Calendario de sesiones:

Nº sesión

Fecha

Contenido

Observaciones

[illegible]

ENTREVISTA

Entrevista estructurada Pauta de entrevista sobre el juego

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Versión DSM-IV

**Diagnóstico de Juego Patológico
y Trastornos del Estado de Ánimo.
(Incluye el Cuestionario de Alcoholismo CAGE)**

DIAGNÓSTICO DE JUEGO PATOLÓGICO

Inclusión: 5 o más de A.
Exclusión: B.

(A1) Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).

1. ¿Se encuentra a menudo recordando experiencias pasadas de juego, planificando la próxima vez que va a jugar y/o se plantea formas de conseguir dinero con el que jugar?

(A2) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.

2. A. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
- B. SI 2A. ¿Necesita aumentar cada vez más la cantidad de dinero jugado para experimentar el grado de excitación deseado? o ¿Le parece que necesita gastar cada vez más dinero en las máquinas tragaperras?

(A3) Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.

3. A. ¿Intenta controlar, interrumpir o detener el juego?
- B. SI 3A.
1. Éxito
 2. Fracaso

(A4) Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.

4. SI 3A. ¿El intento de interrumpir o detener el juego le produce inquietud o irritabilidad?

(A5) El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).

5. A. ¿Juega para evadirse de algún problema?
- B. ¿Jugar le alivia algún sentimiento de desesperanza, culpa, ansiedad o depresión?

(A6) Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas).

6. Cuando usted juega dinero, ¿vuelve otra vez a jugar para recuperar el dinero perdido?

(A7) Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas y otras personas para ocultar el grado de implicación en el juego.

7. A. ¿Cree usted que tiene algún problema con el juego?

B. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos, seres queridos o, incluso, al terapeuta dinero obtenido/perdido en el juego u otros signos de juego?

C. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

(A8) Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego.

8. A. ¿Cómo se financia el juego?

1. Dinero de su sueldo
2. Dinero familiar
3. Fraude
4. Robo
5. Falsificación
6. Préstamo

B. SI 6. ¿A quién ha pedido el dinero prestado para jugar o de dónde lo ha obtenido?

1. Del dinero de casa
2. A su pareja
3. A otros familiares
4. De bancos o cajas de ahorro
5. De tarjetas de crédito
6. De prestamistas
7. De la venta de acciones u otros valores bancarios
8. De la venta de propiedades personales o familiares
9. De la firma de cheques falsos o sin fondos
10. De una cuenta de crédito en el mismo casino

(A9) Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.

9. A. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

B. SI 9A. ¿Ha perdido algún trabajo u oportunidad profesional o educativa debido al juego?

C. ¿Ha dejado de salir con los miembros de su familia o amigos cercanos por jugar?

D. SI 9C. ¿Con quién?

¿Ha arriesgado o perdido esa relación?

(A10) Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

10. A. ¿Ha acudido a alguien para que le ayude con sus problemas económicos producidos por el juego?

B. SI 10A. ¿A quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido?

1. Del dinero de casa
2. A su pareja
3. A otros familiares
4. De bancos o cajas de ahorro
5. De tarjetas de crédito
6. De prestamistas
7. De la venta de acciones u otros valores bancarios
8. De la venta de propiedades personales o familiares
9. De la firma de cheques falsos o sin fondos

Exclusión: B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.

Fuentes:

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Becoña, E. (1996). *Escala de detección de la adicción a las máquinas tragaperras*. Material del Master en Modificación de Conducta: Intervención Conductual en Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Fisher (1992). Measuring pathological gambling in children: the case of fruit machines in the U.K. *Journal of gambling Studies*, 8 (3), 263-285.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS). Traducción y adaptación de Echeburúa y Báez (1990).

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

EPISODIO MANÍACO/HIPOMANÍACO

Inclusión: * A, al menos 3 ó 4 de B, C.

Exclusión: D, E.

* Nota diagnóstica: En el diagnóstico de manía e hipomanía se requieren al menos 3 ítems de B si el humor predominante es eufórico, y al menos 4 si el humor predominante es irritable.

(A) MANÍA: Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

(A) HIPOMANÍA: Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

1. A. ¿Ha tenido últimamente al menos unos pocos días en los que se ha sentido lo contrario de deprimido, es decir se ha sentido muy alegre o animado y este estado era diferente de su estado de ánimo habitual?

B. SI 1A.

¿Su estado de ánimo era elevado, como si hubiese tomado drogas, aunque de hecho no hubiera tomado nada?

¿Su buen humor está provocado por alguna causa?

¿Cuánto ha durado ese estado?

Así que, ¿fue algo más que sentirse bien?

¿Cuándo ocurrió?

¿Cuántos períodos como éste ha tenido?

C. NO 1A. ¿Ha habido últimamente algún período de al menos un par de días en el que se sentía inusualmente irritable, y muy rápido para discutir o pelearse?

D. SI 1C.

Desciba ese estado de ánimo

¿Había tomado drogas o alcohol?

¿Se suele meter en discusiones o peleas?

¿Cuál fue la razón para sentirse de esta manera?

¿Cuándo ocurrió?

¿Cuántos períodos como éste ha tenido usted?

NO a 1, pasar a pregunta 23.

Ahora voy a preguntarle algunas otras cosas que podría haber pensado o sentido cuando tenía ese estado de ánimo (ELEVADO, EXPANSIVO, EUFÓRICO, IRRITABLE, etc.)...

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo;

(B1) Autoestima exagerada o grandiosidad.

2. A. ¿Cómo era su autoestima durante este período?
- B. ¿Se sentía más seguro de lo habitual?
- C. ¿Pensaba que tenía algún talento, habilidad o poder especial?
- D. SI 2C. ¿Cuáles?
- E. Algunas personas cuando tienen un estado de ánimo (ELEVADO, EXPANSIVO, etc.) piensan que pueden llegar a ser famosos o hacer grandes cosas. ¿Ha tenido algún pensamiento de este tipo?
- F. SI 2E. ¿Cuáles?

(B2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo tres horas de sueño).

3. A. Durante este período ¿cómo dormía?
- B. ¿Necesitaba dormir menos de lo habitual para sentirse descansado?

(B3) Más hablador de lo habitual o verborreico.

4. A. ¿Estaba usted más hablador de lo habitual?
- B. ¿Usted hablaba y hablaba sin que nadie pudiera callarle o interrumpirle?
- C. ¿Sentía usted una presión a hablar constantemente?
- D. ¿Hablaban usted más rápido de lo normal?
- E. SI 4D. ¿Hablaban usted tan rápido que la gente no podía entenderle?

(B4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

5. Durante este período ¿sentía que sus pensamientos iban muy rápido o que corrían por su mente?

(B5) Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).

6. A. ¿Se distraía usted fácilmente de manera que cualquier pequeña cosa le hacía desviar la atención de aquello que estuviera haciendo?
- B. SI 6A. ¿Qué es lo que ocurría?

(B6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. A. ¿Estaba usted más activo de lo habitual? Por ejemplo, ¿hacía usted más faenas de la casa?
- B. ¿Tenía usted tantas energías que a pesar del sueño hacía las cosas de casa o el trabajo durante la noche?
- C. ¿Comenzó nuevos proyectos o se tomó responsabilidades añadidas?
- D. ¿Trabaja usted más?
- E. ¿Llamaba usted más a los amigos?
- F. ¿Estaba usted sexualmente más activo de lo habitual?
- G. ¿Se sentía usted físicamente descansado de manera que el estar sentado se le hacía difícil y por eso estaba siempre moviéndose o yendo de aquí para allá?
- H. SI A-G. Cuénteme como fue.

(B7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

8. A. ¿Ha hecho usted algo que pueda haber causado problemas a su familia? Por ejemplo, cuando alguien se siente (**HUMOR MANÍACO**) tienden a gastar mucho, firmar cheques falsos, invertir dinero de forma inadecuada o llevar a cabo conductas sexuales que no son usuales para ellos.
- B. SI 8A. ¿Cómo qué?

(C) MANIA: la alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás.

(C) HIPOMANÍA: el episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

9.
 - A. ¿Ha notado alguien que hay algo diferente en usted?
 - B. SI 9A. ¿Qué es lo que dicen?
 - C. NO 9A. ¿Ha notado alguien (los síntomas de manía?)
 - D. ¿Qué efecto ha tenido este episodio en su vida mientras ocurría?
 - E. ¿Ha causado problemas graves en su trabajo (estudios)? ...matrimonio?...relaciones con sus amigos o familia?...vida social?
 - F. SI 9E. ¿Qué ha ocurrido?
 - G. ¿Ha notado alguien que usted no actúa de la manera que suele hacerlo?
 - H. SI 9G. ¿Qué dicen?
 - I. ¿Ha recibido tratamiento?
 - J. SI 9I. ¿Estuvo hospitalizado?

(D) Excluir el diagnóstico si durante el curso de la enfermedad el paciente ha tenido delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas prominentes del estado de ánimo. En estos caso el diagnóstico es esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizofreniforme, o un trastorno psicótico no especificado.

DELIRIO DE REFERENCIA

10.
 - A. Cuando ve la TV, escucha la radio o lee el periódico, nota que se están refiriendo a usted, o que hay mensajes especiales dirigidos a usted?
 - B. SI 10A. ¿Qué ha notado?
 - C. ¿Le parece que hay extraños en la calle que notan de forma especial su presencia o hablan sobre usted?
 - D. SI 10C. ¿Cómo lo sabe?
 - E. ¿Hay cosas que parecen especialmente hechas para usted?
 - F. SI 10E. ¿De qué manera?

DELIRIO DE PERSECUCIÓN

11.
 - A. ¿Va alguien contra usted, le persigue, le pone en dificultades o intenta hacerle daño?
 - B. SI 11A. Cuénteme.
 - C. ¿Siente que hay una conspiración contra usted?

D. SI 11C.

¿Quién está implicado?

¿Por qué intentan hacerle daño?

DIFUSIÓN DE PENSAMIENTOS

12. A. ¿Alguna vez piensa en algo tan fuertemente que la gente podría oír sus pensamientos?

B. SI 12A.

¿De forma que la gente podría oír lo que usted está pensando aún cuando no estuviera hablando?

¿Cómo lo sabe?

DELIRIO DE LECTURA DE MENTE

13. A. ¿Hay personas capaces de leer su mente y saber lo que está pensando?

B. SI 13A.

¿Cómo pueden hacer eso?

¿Puede hacerlo cualquier persona o sólo algunas? ¿Quién?

¿Leen literalmente sus pensamientos o se fijan en su expresión facial para saber lo que está pensando?

RETIRADA DE PENSAMIENTOS

14. A. ¿Salen alguna vez sus pensamientos fuera de su cabeza?

Si no entiende la pregunta: ¿Alguien o alguna fuerza llega hasta tu cabeza y roba o elimina sus pensamientos?

B. SI 14A. Cuénteme.

INSERCIÓN DE PENSAMIENTOS

15. A. ¿Hay a veces pensamientos en su cabeza que han sido puestos ahí desde el exterior?

B. SI 15A. Cuénteme.

(No me estoy refiriendo a hablar con alguien que hace indicaciones o da un consejo. Me estoy refiriendo a pensamientos que los meten en su cabeza desde el exterior. ¿Le ocurre esto?).

DELIRIO DE CULPABILIDAD

16. A. ¿Piensa que ha hecho algo terrible y merece ser castigado?

B. SI 16A. Se que es difícil hablar de ello, pero ¿qué es lo que le hace sentirse tan culpable?

C. ¿Se ha censurado de las cosas malas que ocurren en el mundo como guerras, crímenes, hambre, etc.?

DELIRIO DE GRANDIOSIDAD

(Ver sección de manía)

DELIRIO DE CONTROL

17. A. ¿Se ha sentido alguna vez controlado por alguna fuerza o poder exterior?
- B. SI 17A.
¿Cómo es?
A veces, ¿parece como si usted no tuviera control de su cuerpo, casi como si fuera una marioneta y algo desde el exterior moviera las cuerdas?
- C. SI 17B. ¿Así que a veces su cuerpo hace cosas sin que usted quiera?
- D. SI 17C. ¿Si le pido que eleve su mano o que se levante podría usted hacerlo?
- E. NO 17D. ¿Por qué?
- F. SI 17D. ¿Así que usted tiene control sobre sus acciones? ¿Siempre tiene ese control?

DELIRIO SOMÁTICOS

18. A. ¿Está usted preocupado porque tiene una enfermedad física que los médicos no encuentran o algo va mal en su cuerpo?
- B. SI 18A.
¿Qué piensa que va mal?
¿Por qué piensa usted eso?
¿Está seguro?

ALUCINACIONES VISUALES

19. A. ¿Ha visto usted visiones u otras cosas que la gente no ve?
- B. SI 19A.
¿Qué es lo que ve?
¿Hace cuánto tiempo comenzaron?
¿Ve eso todos los días?
¿Cuán a menudo ve eso?

ALUCINACIONES AUDITIVAS

20. A. ¿Ha oído ruidos, sonidos o voces que otras personas no oyen?
- B. SI 20A.
¿Qué es lo que oye?
¿Las voces parecen que vienen de fuera o de dentro de su cabeza? Dentro: ¿Pero lo que escucha es con sus oídos?
¿Cuántas voces oye?
¿Son masculinas o femeninas? ¿Las reconoce?
¿Ha oído alguna vez dos o más voces hablando entre ellas?
¿Esas voces hablan alguna vez sobre lo que usted está haciendo o pensando?

- SI: ¿Sostienen esas voces un comentario sobre lo que usted está haciendo o diciendo como un comentarista deportivo?
- ¿Desde hace cuánto comenzaron esas voces?
 - ¿Las escucha cada día?
 - ¿Cuán a menudo oye las voces durante el día?
 - ¿Influyen ellas en su comportamiento?
 - ¿Le dicen que hagan cosas?

ALUCINACIONES TÁCTILES

21. A. ¿Alguna vez ha notado extrañas sensaciones en su piel?
- B. ¿Ha notado alguna vez algo trepando o arrastrándose por su cuerpo o algo apretando o pinchando pero no hay nada?
- C. SI 21B:
- ¿Cómo qué?
 - ¿Cuándo ocurrió eso la primera vez?
 - ¿Cuán a menudo le ha ocurrido?

ALUCINACIONES OLFATIVAS O GUSTATIVAS

22. A. ¿Huele olores que otras personas no notan, o tiene extraños sabores en su boca?
- B. SI 22A:
- ¿Cómo qué?
 - ¿Cuándo ocurrió eso la primera vez?
 - ¿Cuán a menudo le ha ocurrido?
 - ¿Están asociados con otros síntomas físicos como algún trastorno de estómago, adormecimiento, picores o breve pérdida de memoria?
- SI: Cuénteme.

(E) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Inclusión: A1 o A2, al menos cinco de A, B.

Exclusión: C-E.

* Nota: para cada síntoma se debe preguntar la duración (¿durante cuánto tiempo...) y la persistencia (¿se siente así casi todos los días?).

A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(A1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

23. A. ¿Cómo es su estado de ánimo?

B. ¿Se siente triste, melancólico, decaído o deprimido?

C. SI 23B.

¿Durante cuánto tiempo se ha sentido (DEPRIMIDO, DECAÍDO, etc.)?

¿Se siente así casi todos los días?

¿Cuánto dura a lo largo del día?

¿Cómo de desagradable es ese sentimiento?

(A2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

24. A. ¿Ha perdido el interés u obtiene menos placer al hacer las actividades con las que usted solía divertirse?

B. SI 24A.

¿Cómo se divierte usted habitualmente? (¿televisión?, ¿leyendo?, ¿deportes?, ¿tiendas?, ¿socialización?, ¿comiendo?, ¿hobbies?, ¿sexo?)

¿Qué es lo que todavía le divierte?

¿En qué ha perdido usted interés?

¿Desde hace cuánto tiempo no se divierte con estas cosas como solía hacerlo?

¿Le ocurre casi cada día?

NO a A1 y A2, pasar a pregunta 33.

(A3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

25. A. ¿Ha sufrido algún cambio en su apetito?

B. SI 25A (aumento o disminución).

- ¿Cuánto más/menos ha estado comiendo?
- ¿Le ocurre esto casi cada día?
- ¿Desde hace cuánto su apetito ha aumentado/disminuido?

C. ¿Ha ganado/perdido peso?

D. SI 25C.

- ¿Cuánto?
- ¿Desde cuando?

(A4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

26. A. ¿Cómo ha estado durmiendo?

B. ¿Cuántas horas duerme por la noche?

C. ¿Cómo es comparado con lo normal?

Aumento o disminución:

- ¿Es esto un problema casi cada día?
- ¿Desde hace cuánto tiene problemas de sueño?

Disminución: ¿tiene problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o se levanta muy pronto por la mañana?

(A5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

27. A. Observación de agitación psicomotora (inquieto mientras está sentado, andando; tirarse del pelo, de la piel o la ropa; retorcerse las manos; cruzar y descruzar constantemente las piernas) y/o enlentecimiento psicomotor (discurso lento; largas pausas antes de contestar o entre palabras; mudo; movimientos lentos del cuerpo) por parte del entrevistador o de otros.

B. Agitación: ¿Ha estado más inquieto y con problemas para permanecer sentado?

C. SI 27B.

- ¿Yendo de un lado a otro?
- ¿Han notado otros su inquietud?

D. Enlentecimiento: ¿Se ha sentido retardado, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o metido en barro?

E. SI 27D. ¿Han notado otros esto?

(A6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

28. A. ¿Cómo ha sido su nivel de energía?
- B. ¿Se ha sentido cansado o agotado?
- C. SI 28B. preguntas sobre duración y persistencia.

(A7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

29. A. ¿Cómo se siente consigo mismo?
- B. ¿Cómo es su autoestima?
- Baja: ¿Qué tipos de pensamientos tiene sobre sí mismo?
- ¿Se siente como si fuera un inútil o un fracaso?
- SI: Cuénteme.
- C. ¿Se ha estado censurando a sí mismo de cosas?
- D. SI 29C. ¿Cómo qué?
- E. ¿Se siente culpable?
- F. SI 29E.
- ¿Por qué?
- ¿Piensa en cosas del pasado y se siente culpable de ellas?
- SI: ¿Cómo qué?

Evidencia de culpabilidad o inutilidad:

- G. ¿Cuán a menudo piensa usted normalmente en (descripción del paciente de culpa o inutilidad)?

(A8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

30. A. ¿Ha tenido problemas para pensar o concentrarse?
- B. SI 31A.
- ¿De qué tipo?
- ¿Es capaz de leer? ¿Ver la TV? ¿Seguir una conversación?
- Preguntas sobre duración y persistencia.
- C. ¿Le resulta más difícil que antes tomar decisiones?
- D. SI 31C.
- ¿Qué tipo de decisiones le resulta más difícil tomar?
- Preguntas sobre duración y persistencia.

(A9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

31. A. Algunas veces cuando una persona se siente abatida o deprimida tienden a pensar sobre la muerte. ¿Ha tenido usted pensamientos de este tipo?

B. SI 32A. Cuénteme. ¿Ha tenido pensamientos de acabar con su vida?

SI: ¿Piensa en una manera de hacerlo?

¿Cómo de cerca ha estado de hacerlo?

NO: ¿Desearía estar muerto?

¿Cuándo se va a dormir, desea a menudo no despertarse?

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

32. A. ¿Qué dificultades ha causado en su vida la depresión?

B. ¿Le molesta mucho sentirse de esta manera?

C. ¿Le ha causado problemas en su trabajo (estudios)? ...matrimonio? ...relaciones con amigos o familia? ...vida social? ...haciendo las tareas domésticas?

C. Exclusión del diagnóstico si los síntomas son debidos a una enfermedad médica (p. ej., trastorno endocrino), medicación (antihipertensivos), o una droga (alcohol, retirada de cocaína, PCP, esteroides).

(D) Exclusión del diagnóstico si la depresión ocurre en los dos meses siguientes a la pérdida de un ser querido (excepto si está asociada con una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor).

(E) Exclusión del diagnóstico si durante el curso de la enfermedad el paciente tuvo delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas prominentes del estado de ánimo. En estos casos el diagnóstico es esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizofreniforme o trastorno psicótico no especificado.

TRASTORNO DISTÍMICO

 Inclusión: A, al menos 3 de B, C, H.
 Exclusión: D-G.

(A) Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos 2 años.

33. A. ¿Cómo es su humor?

B. ¿Se ha sentido triste, melancólico, decaído o deprimido?

C. SI 34B.

¿Cuán a menudo? (¿la mayoría de los días?)

¿Durante cuánto tiempo se ha sentido así? (¿durante al menos dos años?)

* Nota diagnóstica: Para diagnosticar distimia se debe estar seguro de que no ha habido presencia de depresión mayor durante los dos últimos años.

D. Recientemente, ¿se ha sentido más deprimido de lo habitual?

E. NO 34D. ¿Ha habido algún período en los últimos dos años de al menos dos semanas en las que se haya sentido más deprimido de lo usual?

G. SI 34D o 34E: hacer preguntas de depresión mayor.

NO a 33A, pasar a alcoholismo.

(B) Presencia, mientras está deprimido, de al menos dos de los siguientes síntomas:

34. Durante el período en el que tenía un nivel de depresión bajo, a menudo...

1. ...perdía el apetito o comía demasiado?
2. ...tenía dificultades para dormir o dormía demasiado?
3. ...se sentía cansado?
4. ...se sentía decaído o tenía una baja autoestima?
5. ...tenía problemas para concentrarse o tomar decisiones?
6. ...tenía sentimientos de desesperanza o pesimistas respecto al futuro?

(C) Durante el período de dos años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

35. ¿Durante el (PERÍODO DISTÍMICO) se ha sentido libre de depresión o tristeza a lo largo de dos meses o más?

(D) Excluir el diagnóstico si la depresión mayor ocurre durante los primeros dos años de la alteración.

36. ¿Cuándo comenzó el nivel de depresión bajo? (Ver las preguntas de depresión mayor y determinar si el episodio de depresión mayor ocurre durante los primeros dos años de distimia.

(E) Excluir el diagnóstico si el sujeto tiene una historia de episodios maníacos o hipomaníacos.

(F) Excluir el diagnóstico si los síntomas aparecen en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante.

(G) Excluir el diagnóstico si los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej.; una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej.; hipotiroidismo).

(H) Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.

37. A. ¿Qué dificultades ha causado en su vida este nivel de depresión bajo?
- B. ¿Le ha perturbado mucho esta sensación?
- C. ¿Le ha causado problemas en el trabajo (estudios)? ...matrimonio? ...relaciones con su familia o amigos? ...vida social? ...en los quehaceres de la casa?

Fuente:

Zimmerman, M.D. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Philadelphia: Psych Press Products.

CUESTIONARIO DE ALCOHOLISMO CAGE
Hayfield, McLeod y Hall (1974)

* ¿Qué bebe mientras juega?

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

* Se añade al cuestionario CAGE para introducir el tema del alcohol en este punto.

Punto de corte: 2. A mayor puntuación, mayor probabilidad de alcoholismo.

PAUTA DE ENTREVISTA SOBRE EL JUEGO

PAUTA DE ENTREVISTA SOBRE EL JUEGO

A continuación voy a hacerle unas preguntas acerca de su motivo de consulta:

1. ¿Cómo describiría usted el problema por el que ha acudido a nuestra consulta?
2. A) Me podría describir detalladamente la última vez que le ocurrió esto.
B) Cuál fue la ocasión o el período más intenso.
C) Y la vez o el período menos intenso.
3. Cómo situaría su estado actual en relación con los dos episodios anteriores.
4. Cuáles son las razones por las que juega (excitación, pasar un buen rato, ganar dinero, recuperar un dinero perdido, por ser sociable...).
5. Cómo ha repercutido el juego en:
 - A) su salud física/psicológica.
 - B) su familia.
 - C) su pareja.
 - D) su trabajo.
 - E) sus estudios.
 - F) sus relaciones sociales.
 - G) sus actividades de ocio.
 - H) su economía.
6. Ha sido arrestado alguna vez por cometer un acto ilegal, como falsificación, fraude o robo.
7. Cómo ha afectado o afecta el juego a las personas que se relacionan con usted.

Vamos a hacer ahora un poco de historia sobre su problema:

8. A qué edad comenzó a jugar.
9. En qué juegos.
10. Con qué frecuencia y cuánto dinero gastaba originalmente.
Ganó algún premio grande en aquella época.
11. Por qué motivos comenzó a jugar (pensamientos sobre ganancias, pasarlo bien, algo prohibido, personas que le incitaban...).
12. Existen antecedentes familiares de juego, consumo de alcohol o psicopatología (depresión, enfermedad nerviosa, etc.).
13. A) Cuándo comenzó a ser el juego un problema para usted.
B) A qué atribuye la aparición del problema (estrés, falta de dinero o trabajo, relaciones afectivas o interpersonales, matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.).

14. Cómo ha evolucionado el problema hasta ahora, esto es, ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado.
15. Qué circunstancias hacen que el problema:
 - se agrave
 - disminuya
 - desaparezca
16. A) Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar su problema.
 B) - Qué resultados ha obtenido.
 - Cuántas recaídas ha tenido.
 - Cuánto duró su último período voluntario de abstinencia.
 - Hace cuánto tiempo que acabó este periodo de abstinencia.
 - Cuánto tiempo lleva sin jugar (cuando acude a consulta).
 C) De qué estrategias y/o recursos dispone actualmente para dejar de jugar (amigos, estrategias de afrontamiento, etc.).
17. A) - Ha recibido alguna vez tratamiento por este problema.
 - Cuántas veces ha sido tratado por problemas de juego.
 B) Qué resultados ha obtenido.
18. A) Cómo es su preocupación con respecto a este problema.
 B) En qué medida está interesado en solucionar este problema.
19. Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento.

Fuentes:

- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega*. Xunta de Galicia: Colección Saude Mental.
- Brown, I.F. (1993). El papel de la activación, distorsiones cognitivas y búsqueda de sensaciones en las adicciones al juego. *Psicología conductual*, 1 (3), 375-388.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1991). *Entrevista estructurada de la historia de juego*.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1992). Modifying the Addiction Severity Index for the use with pathological gamblers. *American Journal on Addictions*, 1 (3), 240-247.
- Llavona, L.; Carrasco, I y Carrasco, M.J. (1977). *Pauta de entrevista general*.

AUTORREGISTRO DE LA CONDUCTA DE JUEGO

Nº Hª:

Fecha Hora	Lugar	Compañía	Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Consecuencias

INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES DEL JUEGO (Echeburúa y Báez, 1991)

Versión para el paciente

Nº Hª:

Fecha:

1. ¿Con qué frecuencia juega usted semanalmente a los siguientes juegos?:

- Máquinas recreativas _____

- Bingo _____

- Casino _____

- Lotería Nacional _____

- Lotería Primitiva _____

- Bono-Loto _____

- ONCE _____

- Quinielas _____

- Cartas _____

- Otros (especificar) _____

TOTAL..... _____ VECES

Considero que esta frecuencia es:

☐ Muy grande
 ☐ Grande
 ☐ Mediana
 ☐ Pequeña
 ☐ Nula

2. Especifique cuánto dinero se gasta semanalmente en cada uno de los juegos:

- Máquinas recreativas _____

- Bingo _____

- Casino _____

- Lotería Nacional _____

- Lotería Primitiva _____

- Bono-Loto _____

- ONCE _____

- Quinielas
 - Cartas
 - Otros
TOTAL..... PESETAS

Considero que esta cantidad de dinero es:

☐ Muy grande ☐ Grande ☐ Mediana ☐ Pequeña ☐ Nula

3. ¿Cuánto tiempo dedica al juego semanalmente?

- Máquinas recreativas
 - Bingo
 - Casino
 - Lotería Nacional
 - Lotería Primitiva
 - Bono-Loto
 - ONCE
 - Quinielas
 - Cartas
 - Otros (especificar)
TOTAL..... HORAS

Considero que esta cantidad de tiempo es:

☐ Muy grande ☐ Grande ☐ Mediana ☐ Pequeña ☐ Nula

4. Considero la frecuencia con la que pienso en el juego:

☐ Muy grande ☐ Grande ☐ Mediana ☐ Pequeña ☐ Nula

5. Considero mi necesidad de jugar:

☐ Muy grande ☐ Grande ☐ Mediana ☐ Pequeña ☐ Nula

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS (Fernández-Alba, 1996)

Nº Hª:

Fecha:

A continuación aparecen una serie de frases que describen pensamientos que la gente puede tener mientras juega. Por favor, lea atentamente cada frase y rodee con un círculo el número que mejor describa EN QUÉ MEDIDA LA FRASE ES CIERTA PARA USTED, siguiendo las pautas que a continuación se indican.

- 1 = no lo pienso **nunca**
 2 = no lo pienso **casi nunca**
 3 = lo pienso **a veces**
 4 = lo pienso **casi siempre**
 5 = lo pienso **siempre**

EJEMPLO	no lo pienso nunca	no lo pienso casi nunca	lo pienso a veces	lo pienso casi siempre	lo pienso siempre
CUANDO JUEGO:					
1. Tengo un «sistema» para ganar en el juego	1	2	3	4	5

CUANDO JUEGO:	no lo pienso nunca	no lo pienso casi nunca	lo pienso a veces	lo pienso casi siempre	lo pienso siempre
1. Tengo un «sistema» para ganar en el juego	1	2	3	4	5
2. Suelo predecir tanto los resultados positivos como los negativos	1	2	3	4	5
3. Las máquinas tragaperras no se pueden controlar	1	2	3	4	5
4. Si gano, tiendo a pensar que mi «sistema» ha funcionado o que lo he hecho bien	1	2	3	4	5
5. A veces voy con la «sensación» de que voy a ganar	1	2	3	4	5
6. Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto	1	2	3	4	5
7. Pienso que en las máquinas tragaperras hay más posibilidades de perder que de ganar	1	2	3	4	5
8. No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar	1	2	3	4	5

CUANDO JUEGO:		no lo pienso nunca	no lo pienso casi nunca	lo pienso a veces	lo pienso casi siempre	lo pienso siempre
9.	Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad	1	2	3	4	5
10.	Pienso que a la larga se acaba siempre perdiendo	1	2	3	4	5
11.	Cuando una combinación de frutas lleva mucho tiempo sin aparecer, pienso que está a punto de salir	1	2	3	4	5
12.	Cuando una máquina lleva muchas jugadas sin dar premios, pienso que está «caliente», que pronto va a tocar algo	1	2	3	4	5
13.	Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.	1	2	3	4	5
14.	Cada partida es independiente de las demás, por tanto, los resultados de una jugada no influyen en los resultados de las siguientes	1	2	3	4	5
15.	No dejo jugar a otros en «mi máquina» hasta que no haya acabado	1	2	3	4	5
16.	Cuando pierdo y he estado «cerca», pienso que «casi gano»	1	2	3	4	5
17.	Pienso que no se pueden predecir los resultados	1	2	3	4	5
18.	Me considero una persona con suerte en el juego («suertuda»)	1	2	3	4	5
19.	Pienso que soy más listo que los demás y que a la larga ganaré	1	2	3	4	5
20.	Cuando estoy jugando casi siempre hago las mismas cosas y en el mismo orden	1	2	3	4	5
21.	Por mucho que juegue no llegaré a controlar las máquinas tragaperras	1	2	3	4	5
22.	Suelo anticipar cuando va a tocar un gran premio	1	2	3	4	5
23.	Pienso que soy bueno en este juego y que, por tanto, llegaré a controlarlo	1	2	3	4	5
24.	Pienso que es el azar el que determina los resultados del juego	1	2	3	4	5
25.	Me imagino el estruendo de una máquina tragaperras cuando da premios y pienso lo probable que es que me toque también a mí	1	2	3	4	5
26.	Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas	1	2	3	4	5
27.	Tengo un lugar y/o una máquina favorita donde las posibilidades de ganar son mayores	1	2	3	4	5
28.	Pienso que jugando no llegaré a recuperar el dinero perdido	1	2	3	4	5
29.	Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte	1	2	3	4	5
30.	<u>He ganado muchas veces, de hecho al final siempre salgo ganando</u>	1	2	3	4	5

ESCALA DE ADAPTACIÓN (Echeburúa y Del Corral, 1987)

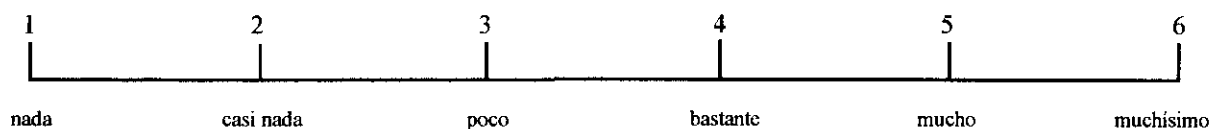
Nº Hª:

Fecha:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:



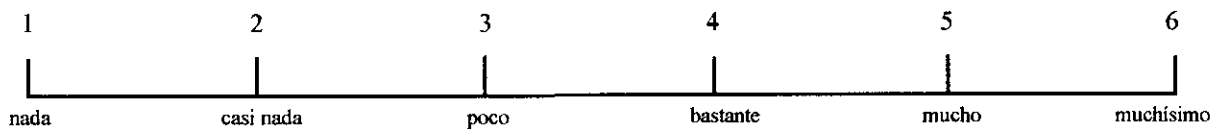
Vida social

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:



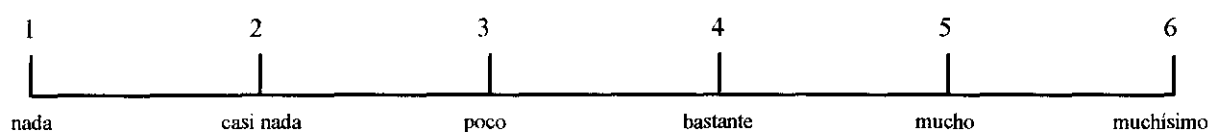
Relación de pareja

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:



Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



Escala global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI) (Traducción C. Vázquez)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

- | | |
|---|---|
| 1 0 No me siento triste. | 12 0 No he perdido el interés por los demás. |
| 1 1 Me siento triste. | 1 1 Estoy menos interesado en los demás que antes. |
| 2 2 Me siento triste continuamente y no puede dejar de estarlo. | 2 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. |
| 3 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. | 3 3 He perdido todo interés en los demás. |
| 2 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. | 13 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. |
| 1 1 Me siento desanimado respecto al futuro. | 1 1 Evito tomar decisiones más que antes. |
| 2 2 Siento que no tengo que esperar nada. | 2 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. |
| 3 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. | 3 3 Ya me es imposible tomar decisiones. |
| 3 0 No me siento fracasado. | 14 0 No creo tener peor aspecto que antes. |
| 1 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. | 1 1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. |
| 2 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. | 2 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. |
| 3 3 Me siento una persona totalmente fracasada. | 3 3 Creo que tengo un aspecto horrible. |
| 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes. | 15 0 Trabajo igual que antes. |
| 1 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. | 1 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. |
| 2 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. | 2 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo. |
| 3 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo. | 3 3 No puedo hacer nada en absoluto. |
| 5 0 No me siento especialmente culpable. | 16 0 Duermo tan bien como siempre. |
| 1 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones. | 1 1 No duermo tan bien como antes. |
| 2 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. | 2 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. |
| 3 3 Me siento culpable constantemente. | 3 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. |
| 6 0 No creo que esté siendo castigado. | 17 0 No me siento más cansado de lo habitual. |
| 1 1 Me siento como si fuese a ser castigado. | 1 1 Me canso más que antes. |
| 2 2 Espero ser castigado. | 2 2 Me canso en cuanto algo cualquier cosa. |
| 3 3 Siento que estoy siendo castigado. | 3 3 Estoy tan cansado que no puedo hacer nada. |
| 7 0 No estoy decepcionado de mí mismo. | 18 0 Mi apetito no ha disminuido. |
| 1 1 Estoy decepcionado de mí mismo. | 1 1 No tengo tan buen apetito como antes. |
| 2 2 Me da vergüenza de mí mismo. | 2 2 Ahora tengo mucho menos apetito. |
| 3 3 Me detesto. | 3 3 He perdido completamente el apetito. |
| 8 0 No me considero peor que cualquier otro. | 19 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. |
| 1 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. | 1 1 He perdido más de 2 kilos. |
| 2 2 Continuémente me culpo por mis faltas. | 2 2 He perdido más de 4 kilos. |
| 3 3 Me culpo por todo lo malo que sucede. | 3 3 He perdido más de 7 kilos. |
| 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. | Estoy bajo dieta para adelgazar: Sí NO |
| 1 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. | 20 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo normal. |
| 2 2 Desearía suicidarme. | 1 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. |
| 3 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad. | 2 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más. |
| 10 0 No lloro más de lo que solía. | 3 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa. |
| 1 1 Ahora lloro más que antes. | 21 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. |
| 2 2 Lloro continuamente. | 1 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes. |
| 3 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera. | 2 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo. |
| 11 0 No estoy más irritado de lo normal en mí. | 3 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo. |
| 1 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes. | |
| 2 2 Me siento irritado continuamente. | |
| 3 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. | |

N.º 124

STAI

A / F

P.D. = 30 + ...

A / R

P.D. = 25 + ...

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo

Centro Curso/Puesto Estado civil

Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento cómodo	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1962, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A., Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Impreso: Aguirre Campaña, Dagaño, 15 djda; Madrid-2 - Depósito legal: M.º 35.605 - 1968.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	0	1	2	3
Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

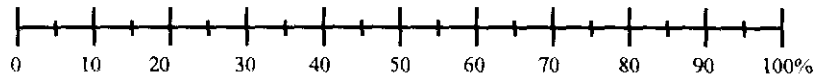
MATERIAL EMPLEADO EN LA EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA

Nº Hª:

Fecha:

Sesión psicofisiológica: 1 2 3

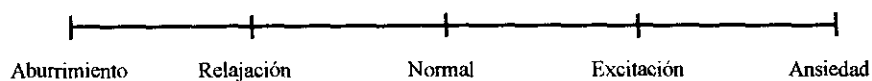
Por favor, indique con una X en la escala siguiente, las posibilidades (en tanto por ciento) que considera que tiene de ganar en la totalidad de las partidas que a continuación va a realizar.



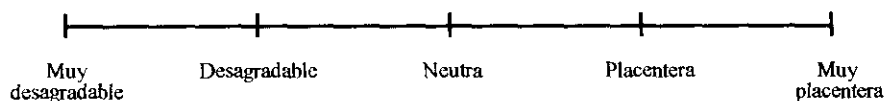
1. Por favor, indique qué tanto por ciento (%) de los resultados considera que se debe al azar, a la suerte y a la habilidad:

Azar _____
 Suerte _____
 Habilidad _____
TOTAL _____

2. Marque con una X a lo largo de la línea el lugar que se corresponda con su estado de ánimo durante el juego.



3. Marque con una X a lo largo de la línea el lugar que se corresponda con la sensación que le produce este estado de ánimo.



ANEXO E

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTOS

- A. Tratamiento de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta**
- B. Tratamiento cognitivo**
- C. Sesiones de exposición**
- D. Sesiones cognitivas**
- E. Material utilizado en el tratamiento**

A. TRATAMIENTO DE CONTROL DE ESTÍMULOS Y EXPOSICIÓN EN VIVO CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA

1ª SESIÓN

CONSULTA**❶** Explicación del problema.

- Plantear la hipótesis del problema desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta.

❷ Control de estímulos.

- Determinar todos los ingresos del paciente, y de común acuerdo, transferir el control de los mismos a un familiar.
- Entregar a un familiar los talonarios, libretas y tarjetas de crédito.
- Explicar a los familiares, amigos y conocidos a los que les ha pedido dinero prestado, que no le dejen más dinero porque tiene un problema con el juego.
- Llevar sólo el dinero que pueda necesitar para los gastos de bolsillo, tras haberlos calculado con detalle, y justificar los gastos extra.
- Evitar las situaciones o circuitos *peligrosos* que puedan desencadenar la conducta de juego.
- Autodenunciarse en la Unidad de Juego de la Policía Autónoma si el paciente juega, además al bingo o al casino.

❸ Estrategia de devolución de dinero.

- Informar al terapeuta y al familiar de todas las deudas que tiene y elaborar una estrategia de devolución potenciando la responsabilidad del paciente.

❹ Explicación del procedimiento de exposición.

- Explicar la teoría que subyace al procedimiento de la exposición en vivo con prevención de respuesta.
- Elaborar un procedimiento individualizado de exposición: determinar la jerarquía de estímulos.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Autorregistro de la conducta de juego.
- ✎ Llevar a cabo diariamente las tareas prescritas por el terapeuta.
- ✎ Elaboración de la jerarquía de estímulos.

PROCEDIMIENTO DE EXPOSICIÓN I

Explicación del procedimiento

Existen una serie de estímulos alrededor de las situaciones de juego (hacer referencia al análisis funcional*) que ponen en marcha la conducta de jugar.

Por ello, el *control de estímulos* sirve para alcanzar el primer objetivo del tratamiento: conseguir que deje de jugar a corto plazo y se beneficie de las ventajas del abandono del juego.

Pero, para la consecución del objetivo de la abstinencia a largo plazo se requiere además la utilización de la *exposición con prevención de respuesta*. El control de estímulos no es por sí solo suficiente debido a la difusión de las máquinas recreativas en múltiples lugares. Por ello, la exposición con prevención de respuesta le enseña a resistir el impulso de jugar ante la presencia de una máquina recreativa, permitiéndole recuperar gradualmente el control de sus conductas.

Usted notará cómo cuando, por las razones que sean, no puede jugar ante la presencia de estos estímulos (no necesariamente de forma física sino también imaginaria) comienza a notar una tensión desagradable que el juego consigue eliminar; proporcionándole, por el contrario, esta conducta de juego una excitación agradable.

Este tratamiento denominado exposición con prevención de respuesta tiene como objetivo que ante la presencia de esos estímulos usted se habitúe a no llevar a cabo la conducta de juego.

Se preguntará ¿cómo puede conseguir no jugar ante situaciones que por su estrecha relación con el juego le producen esta ansiedad de la que hablábamos cuando no puede llevar a cabo la conducta de juego? La respuesta es doble:

1. Va a estar ante esa situación el tiempo suficiente que le permita comprobar que esa tensión desagradable o ansiedad no va constantemente en aumento sino que llega un punto en el que empieza a descender hasta casi desaparecer.
2. Se va a acercar a estas situaciones o estímulos poco a poco; no va a empezar de golpe con situaciones muy conflictivas para usted sino por aquellas otras que, aunque le producen tensión, ésta no es demasiado elevada.

Para ello tenemos que hacer una jerarquía de dichas situaciones, de manera que empecemos a trabajar con los estímulos más sencillos y poco a poco, cuando usted vaya comprobando cómo es posible resistir el impulso de jugar, pasaremos a los más complicados.

Aspectos importantes para que funcione el tratamiento:

- Implicación del paciente y en determinadas ocasiones de un coterapeuta.
- Seguir las prescripciones terapéuticas de forma continuada.
- Implicación atencional en las tareas de exposición.

* El gráfico empleado para la explicación genérica del análisis funcional de la conducta de juego se incluye en el apartado de material utilizado en el tratamiento.

Elaboración de la jerarquía

Debemos desarrollar una jerarquía de situaciones y estímulos relacionados con el juego. Estímulos que van a ser ordenados según el nivel de ansiedad o dificultad que provoquen.

Estos estímulos deben ser:

- Realistas.
- Concretos.
- Deben ser estímulos relevantes para el problema. (De manera que si no se han presentado esos estímulos al sujeto porque ha conseguido evitarlos se deben incluir en la jerarquía).

A continuación vamos a construir la jerarquía identificando estímulos o situaciones relacionadas con el juego en las que usted no va a poder llevar a cabo la conducta de jugar. Necesitamos entre 10 y 15 situaciones. Vamos a ordenar estas situaciones de menor a mayor dificultad. No es suficiente decir que una situación le resulta más difícil o le produce más ansiedad que otra, sino que hay que ser más preciso, por ejemplo asignando números a las situaciones. Podemos utilizar una escala de 0 a 10, en donde el 1 ó 2 corresponderían a las situaciones que apenas le crean problemas y el 10 reflejaría la situación más compleja.

Utilizando esta escala, ¿cuál es el nivel de ansiedad que tiene este momento?.

Ahora centrémonos en el tema del juego. Trate de imaginarse la situación que le provocaría mayor ansiedad (anclaje superior). ¿Cuál es su puntuación?

Ahora considere la situación que menos ansiedad o dificultad le produciría (anclaje inferior). ¿Cuál es su puntuación?

¿Cómo sería una situación de nivel intermedio, de 5? (anclaje medio).

Determinar situaciones de distintos niveles (una entre 5 y 10 -7-; otra entre 1 y 5 -3- ...).

Voy a mandarle una tarea para casa que es elaborar una jerarquía de situaciones relacionadas con el juego del mismo modo que la hemos construido aquí en consulta. Deberán ser de niveles diversos y tendrá que anotar en un lado de las tarjetas la situación bien descrita y en el otro el grado de ansiedad o dificultad que le produce.

2ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de las tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.

❷ Procedimiento de exposición.

- Elaboración de la jerarquía de estímulos definitiva.
- Instrucciones para la realización de las sesiones de exposición en vivo.

TAREAS PARA CASA

✍ Autorregistro de la conducta de juego.

✍ Proseguir con el control de estímulos.

✍ Llevar a cabo las tareas de exposición 6 veces por semana, con una periodicidad diaria, hasta que el nivel de ansiedad percibido sea igual o inferior a 3. La exposición se hará sin consumir bebidas alcohólicas y sin realizar otras actividades simultáneas.

Estímulos 3-4 de la jerarquía.

Anotar las tareas de exposición en el registro correspondiente.

PROCEDIMIENTO DE EXPOSICIÓN II

Elaboración de la jerarquía definitiva

Revisión de las tarjetas elaboradas por el sujeto en casa y recompensamos por la correcta generación de las mismas, escogemos las útiles y las barajamos con las de la sesión anterior. Después se le pide al sujeto que, sin mirarlas por detrás, vuelva a colocarlas en orden ascendente.

Estrategia: hacer varios montones (las situaciones más importantes/menos importantes) y ordenar las tarjetas de cada montón. Finalmente se le pide que revise y de valor a todas las tarjetas.

Se comparan los valores actuales con los escritos por detrás. En caso de concordancia, el ítem es definitivamente adscrito a un nivel. En caso de discordancias importantes se discute el ítem con el sujeto antes de su adscripción definitiva.

Se seleccionan 10-15 ítems.

Fuentes (Procedimientos de exposición I y II):

- Báez, C. y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (75), 125-145.
- Cruzado, J.A.; Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Desensibilización sistemática. En F.J. Labrador; J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 396-421). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador; J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.

3ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de las tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente y, en los casos pertinentes, al coterapeuta por los progresos conseguidos.

❷ Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas.

- Enseñar al paciente el concepto de conductas (y relaciones sociales) alternativas reforzantes y hacer un listado de ellas.

TAREAS PARA CASA

- ✍ Autorregistro de la conducta de juego.
- ✍ Proseguir con el control de estímulos.
- ✍ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita en la sesión anterior.
Estímulos 5-6 de la jerarquía.
Anotar las tareas de exposición en el registro correspondiente.
- ✍ Hacer listado de conductas/relaciones sociales alternativas.

CONCEPTO DE CONDUCTAS/RELACIONES SOCIALES ALTERNATIVAS

Importancia de desarrollar conductas/relaciones sociales alternativas

Nuestro objetivo, como se indicó en la primera sesión, es eliminar la conducta de jugar, pero debemos tener en cuenta que esta actividad es para usted placentera: le proporciona un tiempo de ocio, de esparcimiento e incluso le sirve para establecer relaciones sociales. De manera que al eliminar la conducta de jugar estamos eliminando una fuente de gratificación a corto plazo muy valiosa para usted.

Por esta razón debemos crear o desarrollar conductas y relaciones sociales alternativas más adecuadas que le resulten placenteras, sirviendo así de fuente de gratificación sustitutiva de la conducta de juego y por tanto disminuyendo la probabilidad de emitir la conducta desadaptativa (conducta de jugar).

En definitiva, es necesario desarrollar actividades gratificantes alternativas al juego que le proporcionen la recompensa (ocio, diversión, entretenimiento, relaciones sociales) que ya no percibe con el juego. Actividades que en muchos casos serán incompatibles o no podrán hacerse al mismo tiempo que la conducta de jugar.

Pero además hay otra razón importante para desarrollar todas estas actividades alternativas: la necesidad de equilibrar el estilo de vida de una persona.

¿Qué significa eso de equilibrar el estilo de vida?

Concepto de equilibrio en el estilo de vida

Es el contrapeso diario entre las actividades que el sujeto percibe como demandas externas (*deberes*) y las que el sujeto realiza por gusto (*deseos*). Un estilo de vida caracterizado por un predominio de actividades percibidas como *deberes* está relacionado a menudo con una percepción aumentada de insatisfacción y con un deseo de satisfacción inmediata vivido de forma compulsiva (por ejemplo, jugar en exceso al terminar la jornada laboral), que intenta compensar el malestar habitual y que no repara en las consecuencias negativas a medio plazo de las conductas llevadas a cabo.

Para que no exista este desequilibrio entre los *deberes* y los *deseos* hay que dedicar cierto tiempo cada día a la práctica de actividades satisfactorias (*adicciones positivas*).

Fuentes (Concepto de conductas/relaciones sociales alternativas):

Cruzado, J.A. y Labrador, F.J. (1993). Técnicas para la reducción de conductas operantes. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp.501-531). Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

4ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente y, en los casos pertinentes, al coterapeuta por los progresos conseguidos.

❷ Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas.

- Revisar el listado de conductas/relaciones sociales alternativas.
- Establecer un horario que incluya dichas conductas/relaciones sociales alternativas.

❸ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Explicación de las dos primeras fases.

TAREAS PARA CASA

✎ Autorregistro de la conducta de juego.

✎ Atenuar gradualmente el control de estímulos.

✎ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita.
Estímulos 6-7 de la jerarquía.
Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

✎ Practicar las conductas alternativas reforzantes prescritas por el terapeuta.

✎ Fase 1: Identificar y registrar situaciones problemáticas.
Fase 2: Definir y formular cada problema.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS I

¿Qué es un problema?

Los problemas o situaciones problemáticas son normales en nuestra vida cotidiana y ocurren a diario. Un problema es una situación real o imaginaria en la que tenemos que dar una solución, pero de la cual no disponemos en ese momento. Al no encontrar solución a un problema surge, o se incrementa, el estrés y otros estados emocionales. Y si se actúa sin tener una solución adecuada, se hace de un modo que no se desea o de un modo poco eficaz. O no se actúa, al no encontrar solución.

El entrenamiento en solución de problemas consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema.

Este entrenamiento consta de cinco fases:

1. Orientación general hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

Dado que en el entrenamiento en solución de problemas para pasar de uno a otro paso hay que haber superado previamente el anterior, cuando en un paso no hay suficiente información, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes.

Fase 1. Orientación general hacia el problema

Usted debe reconocer que los problemas son cotidianos a nuestra experiencia, forman parte de nuestra vida normal. Unas personas encuentran más fácilmente que otras soluciones a los mismos. Las hay que en su afán perfeccionista nunca son capaces de encontrar aquella solución que se le adecue; a la larga dejan de buscar soluciones al mismo. Hay los que responden impulsivamente y los que no hacen ante un problema. Pero la mayoría de las personas buscan soluciones satisfactorias a sus problemas y no sufren, ni se encuentran desmoralizadas ante los mismos, porque saben cómo solucionarlos.

Lo primero que debe reconocer es que los problemas existen, están ahí. De nada sirve escapar de los mismos. Hay que reconocer que existen y enfrentarse a ellos, pero de un modo efectivo y sin que causen mayores preocupaciones.

Reflexione sobre lo anterior. Piense en los problemas (tanto en los pocos relevantes como en los muy relevantes) que tiene usted ahora. Cuando tenga clara la existencia cotidiana de los problemas y los identifique claramente pase a la segunda fase.

Fase 2. Definición y formulación del problema

Una vez que reconoce que los problemas existen y ocurren cotidianamente, tenemos que definir claramente cada uno de ellos. Determine el quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada problema. Descríbalos en términos claros, específicos y concretos. Utilice información relevante y deseche la irrelevante. Utilice sólo hechos, no opiniones o creencias. Identifique los factores y las circunstancias que hacen de una situación un problema, sus metas principales y específicas relacionadas con el problema, subproblemas derivados del problema principal, etc.

5ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente y, en los casos pertinentes, al coterapeuta por los progresos conseguidos.

❷ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Explicación de las tres fases restantes.
- Solución de un problema que sirva de ejemplo:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo siguiendo las cinco fases.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Autorregistro de la conducta de juego.
- ✎ Aumentar la atenuación del control de estímulos.
- ✎ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita.
Estímulos 7-8 de la jerarquía.
Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
- ✎ Practicar conductas alternativas reforzantes.
- ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS II

Fase 3. Generación de soluciones alternativas

Una vez que tiene claramente definido el problema y las metas relacionadas con el mismo, debe pasar a generar el mayor número posible de soluciones alternativas al problema.

Usted ante ese problema llevaba a cabo mecánicamente una solución que no le era adaptativa. Ahora lo que debe hacer es dejar aparcada su solución habitual y generar tantas soluciones como le vengan a la mente. Tenga en cuenta que en esta fase:

- Debe generar el mayor número posible de soluciones alternativas. Lo importante es la cantidad de alternativas, no la calidad de las mismas.
- Cualquier solución que le venga a la mente, por descabellada que le pueda parecer, es válida como alternativa. Ahora no es el momento de su valoración.
- Sea concreto en las alternativas que plantee. Las generales son poco útiles, difíciles de ejecutar.

Fase 4. Toma de decisiones

En la fase anterior ha elaborado un importante número de soluciones alternativas al problema planteado. De ellas vamos a elegir una, aquella que resulte más adecuada, útil, mejor o eficaz para llevarla a cabo en la situación problemática actual. Esta solución, de entre las que ha apuntado, se obtiene con los siguientes criterios:

- El valor de la alternativa: ¿consigo mi meta con ella?, ¿puedo ejecutar esa solución de modo óptimo?
- Las consecuencias personales de esa solución en tiempo, esfuerzo, costes o ganancias emocionales, de acuerdo con los valores éticos y morales, bienestar físico u otras consecuencias personales específicas del problema.
- Las consecuencias sociales: efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos.
- Las consecuencias económicas.
- Las consecuencias a corto y a largo plazo.
- La maximización de los beneficios y la minimización en los costes.

Una vez que se ha decidido por una solución debe plantearse estas cuestiones:

- Con esta solución, ¿puede cambiar la situación problemática?
- ¿Necesito más información antes de pasar a ponerla en práctica?
- ¿Qué solución o combinación de soluciones debo elegir para poner la solución en práctica?

Si la respuesta a todas las cuestiones anteriores es afirmativa debe poner en marcha la *táctica* para implantar esa solución en la situación de la vida real. Esto se hace siguiendo los mismos pasos anteriores para la toma de decisiones de la mejor solución que se ha seleccionado.

Fase 5. Puesta en práctica y verificación de la solución

Una vez que ha decidido la mejor solución para el problema tiene que pasar a poner en práctica la misma y verificar si en la vida real es efectivamente la más adecuada. Primero póngala en práctica simbólicamente imaginándose que usted la está llevando a cabo. Una vez realizada adecuadamente pase a ponerla en práctica en la situación real donde existe el problema. Una vez puesta en práctica debe hacer lo siguiente:

- Observe su conducta y el resultado obtenido con su alternativa.
- Compare el resultado actual (observado) con el resultado esperado para su solución.
- Retroceda a etapas anteriores si ello fuera necesario.
- Finalice el proceso de solución de problemas si el resultado es satisfactorio.
- Refuércese por sus esfuerzos de aplicar el proceso de solución de problemas a su problema particular satisfactoriamente (elógiase por haberlo conseguido), por un trabajo bien hecho, utilice un refuerzo material, etc.

Pasos a dar cuando la puesta en práctica y verificación de la solución no es satisfactoria

Cuando la comparación entre el resultado esperado de la solución y el observado es adecuado se ha encontrado una solución satisfactoria al mismo. Pero en algunos casos esto no es así. Cuando existen discrepancias suelen deberse bien a dificultades en el proceso de solución de problemas o bien en la ejecución de la solución. Si ocurre esto hay que volver a las fases previas del entrenamiento en solución de problemas y comprobar si se ha definido claramente el problema, generado todas las alternativas posibles de solución, tomado la solución adecuada y puesto en práctica la misma.

Con volver a analizar las etapas anteriores minuciosamente seguro que encontrará aquello que le impedía llegar a la mejor solución o a la implantación real de la misma en la situación problemática.

Aún así pueden surgir barreras importantes en el camino (por ejemplo, un problema financiero; una relación marital rota; un hijo encarcelado; una crisis personal, etc.). El análisis del estado afectivo es igualmente importante en casos como los anteriores. El entrenamiento en solución de problemas es un *proceso* y su entrenamiento sistemático posibilita solucionar los problemas personales. Pero al hacerse el proceso casi automático hay que tener presente que los problemas pueden ser de intensidad pequeña, mediana o grave, y que hay que ser posibilistas y realistas en su solución.

* * *

Con el entrenamiento en solución de problemas que hemos visto hasta aquí usted podrá conocer e identificar sus problemas, analizarlos y encontrarles soluciones adecuadas que le resulten satisfactorias.

Fuente (Entrenamiento en Solución de Problemas I y II):

Tomado de Becoña, E. (1993). *Técnicas de solución de problemas*. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.

6ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente y, en los casos pertinentes, al coterapeuta por los progresos conseguidos y hacerles ver la autonomía adquirida ya por paciente.

❷ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Solución de un problema:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo bajo la supervisión del terapeuta.

TAREAS PARA CASA

✍ Autorregistro de la conducta de juego.

✍ Aumentar la atenuación del control de estímulos.

✍ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita.

Estímulos 8-9 de la jerarquía.

Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

✍ Practicar conductas alternativas reforzantes.

✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionarlas siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

7ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente y, en los casos pertinentes, al coterapeuta por los progresos conseguidos y hacerles ver la autonomía adquirida ya por paciente.

❷ Prevención de recaídas.

- Explicar al paciente el fenómeno de la recaída y enseñarle estrategias de prevención:
 - Percepción de decisiones aparentemente irrelevantes y de situaciones de alto riesgo.
 - Conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego.
 - Establecimiento de hábitos de conducta alternativos reforzantes.

❸ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Solución de un problema:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo bajo la supervisión del terapeuta.

TAREAS PARA CASA

✎ Autorregistro de la conducta de juego.

✎ Eliminar el control de estímulos.

✎ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita.
Estímulos 9-10 de la jerarquía.
Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

✎ Practicar conductas alternativas reforzantes.

✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionarlas siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS I

Decisiones aparentemente irrelevantes

Objetivo: reconocer y disminuir y/o eliminar mini-decisiones que incrementan la probabilidad de encontrarse ante una situación de alto riesgo.

Técnica: utilizar dichas decisiones como estímulos discriminativos que indiquen la puesta en marcha de procesos de corte y evaluativos de las mismas. Es el momento para revisar las motivaciones para dejar de jugar.

Situaciones de alto riesgo

Objetivo: Identificar las situaciones de alto riesgo para evitarlas o desarrollar respuestas de coping.

Técnica: el entrenamiento en el reconocimiento de situaciones específicas de alto riesgo se lleva a cabo a través de los auto-registros realizados en la fase de evaluación y durante el tratamiento, que van a servir como estímulos discriminativos para poner en marcha las respuestas de afrontamiento aprendidas.

Ejemplos:

Estados emocionales negativos

- Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurra
- Cuando estoy muy nervioso
- Cuando me siento deprimido
- Cuando estoy irritado o me siento frustrado
- Cuando estoy aburrido
- Cuando tengo una deuda que no me atrevo a confesar

Conflictos interpersonales

- Cuando tengo problemas en el trabajo
- Cuando siento que me regañan injustamente
- Cuando hay riñas y peleas en casa

Presión social

- Cuando estoy con otras personas que están jugando

Otros

- Cuando paso por un local de juego o por un bar de máquinas tragaperras
- Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño
- Cuando estoy muy contento
- Cuando tengo dinero disponible para gastar
- Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba
- Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.
- Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego
- Cuando la máquina está “caliente”
- Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía

Carencia de habilidades de coping

Objetivo: desarrollo de conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego.

Técnica: entrenamiento y role-playing.

8ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente y, en los casos pertinentes, al coterapeuta por los progresos conseguidos y hacerles ver la autonomía adquirida ya por paciente.

❷ Prevención de recaídas.

- Conceptualizar la recaída como un proceso de extinción de conductas, enseñar al paciente el fenómeno de la disonancia cognitiva ocurrido tras una primera caída y dotarle de pautas de comportamiento adecuadas en ese supuesto: hacer frente a la ansiedad resultante, llamar inmediatamente al terapeuta, evitar deslizarse por la pendiente de la recaída total al intentar recuperar con otras conductas de juego el dinero perdido en la primera recaída, etc.

❸ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Solución de un problema:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo bajo la supervisión del terapeuta.

TAREAS PARA CASA

✎ Autorregistro de la conducta de juego.

✎ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita.
Estímulo 10 de la jerarquía.
Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

✎ Practicar conductas alternativas reforzantes.

✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionarlas siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS II

Caída inicial

Objetivo: desarrollar habilidades conductuales y estrategias cognitivas que ayuden al control para que no se llegue a una recaída completa.

- * Caída: episodio aislado de juego.
- * Recaída completa: se recuperan los niveles de línea-base como jugadores.

Técnica: entrenamiento en habilidades de autocontrol

1. Autoobservación (auto-registro)
2. Establecimiento de objetivos (objetivo final: abstinencia)
3. Entrenamiento en técnicas concretas (ej: autoinstrucciones para esperar un tiempo determinado cuando aparece el deseo)
4. Aplicación de las técnicas en el contexto real y autocorrección

Efecto de transgresión de la abstinencia

Objetivo: preparar al sujeto para la posible experimentación de este efecto, de manera que se pueda redefinir la caída como una experiencia de aprendizaje.

Técnicas:

A. Información sobre los componentes del efecto de la transgresión de la abstinencia.

El proceso de la recaída tiene como factor común la **exposición a una situación de alto riesgo** (que desafía la percepción de control del sujeto) **sin la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento adecuadas**, y el **efecto de transgresión de la abstinencia** (que explica la pérdida de control posterior).

¿En qué consiste el efecto de transgresión de la abstinencia? Si se ha llevado a cabo un período de abstinencia en el que no se ha jugado, uno se ve a sí mismo como un no jugador. Si después de estar abstinentes se invierte dinero en el juego, este primer dinero invertido en el juego tras el período de abstinencia provoca un estado emocional negativo de conflicto o culpa. La manera más común de reducir esa sensación desagradable es a través de la repetición reiterada de la conducta de jugar (recordar el esquema del análisis funcional: la conducta de juego alivia la sensación de tensión) y de la modificación de la autoimagen en consonancia con la recaída ("no estoy completamente recuperado"). A su vez, el hecho de atribuir dicha recaída a una debilidad interna como falta de "fuerza de voluntad" o insuficiente "capacidad de control" favorece la pérdida de control posterior, ya que la idea que va a tener la persona es que aunque lo intente no va a poder resistir las "tentaciones" que irán apareciendo, pues no ni tiene fuerza de voluntad ni capacidad de control para hacer frente a estas situaciones. Todo esto aumenta la probabilidad de encontrarse ante situaciones de alto riesgo y experimentar nuevas recaídas.

B. Reestructuración cognitiva.

Explicar como la recaída supone un aprendizaje en la identificación de situaciones de alto riesgo y en el manejo de estrategias de afrontamiento.

Fuentes (Prevención de recaídas I y II):

- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.

B. TRATAMIENTO COGNITIVO

1ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Análisis de los hábitos de juego.

- Delimitar detalladamente los hábitos de juego del sujeto:
 - Un lugar favorito asociado con la posibilidad de ganar.
 - Una máquina o tipo de máquina favorita.
 - Rituales asociados con el juego de la máquina.
 - Impedir que jueguen otros en la misma máquina hasta que el jugador haya acabado.
 - Métodos especiales para jugar.
 - Facultad para predecir cuando se va a producir un gran premio.
- Indicar si perciben el juego determinado fundamentalmente por el azar o por la habilidad (material utilizado durante las sesiones de juego en el laboratorio).

❷ Información sobre el juego.

- Se proporciona:
 - La descripción y definición de jugadores sociales y patológicos.
 - La distinción entre juego de azar y de habilidad (ejemplos de juegos).

❸ Explicación de la noción de irracionalidad.

- El terapeuta muestra la importancia de los pensamientos irracionales en el mantenimiento de la conducta de juego y explica las diferentes categorías de las verbalizaciones irracionales.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Registrar los pensamientos relacionados con el juego. (registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo).

INFORMACIÓN SOBRE EL JUEGO

Descripción y definición de jugadores sociales y patológicos

El juego es una actividad más de ocio y entretenimiento, entonces ¿qué es lo que hace que se convierta en un problema? o en otras palabras ¿cuál es la diferencia entre un jugador social y uno problemático o patológico?

Un **jugador social** es aquel que juega de forma ocasional o puede que incluso lo haga regularmente, pero su único objetivo es el entretenimiento y ese juego se realiza en el marco de una interacción social, es decir, con otras personas. La característica fundamental del jugador social es su control sobre la conducta de juego.

Por su parte el **jugador problema** o, en un grado más alto, el **jugador patológico** se caracteriza por un juego frecuente o diario cuyo gasto de dinero y tiempo en el juego le acarrea una serie de problemas de mayor gravedad en el caso del jugador patológico pero de los que no está exento el jugador social.

¿Cuáles son esas conductas que reflejan que el jugador patológico no tiene control sobre la conducta de juego?:

- Preocupación por el juego (p.ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
- Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
- Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
- Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
- El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p.ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
- Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas)
- Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
- Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
- Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
- Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego

Distinción entre juego de azar y de habilidad

Si recuerda durante la evaluación le hemos pedido que dijera en alto todos aquellos pensamientos que le surgían mientras jugaba. También en los auto-registros de las primeras sesiones había una casilla donde se debían indicar los pensamientos relacionados con el juego.

¿Por qué tanto interés por esos pensamientos? La respuesta es que el tratamiento que vamos a llevar a cabo se centra fundamentalmente en la corrección de los pensamientos erróneos que se dan durante el juego y que hacen que dejar de jugar sea una tarea realmente complicada para algunos jugadores.

La siguiente pregunta que seguramente se estará planteando es ¿qué tienen de erróneos esos pensamientos? Para poder responder a esta pregunta se necesita establecer la diferencia entre los juegos de azar y de habilidad.

Aunque en todo juego el azar desempeña un papel fundamental, existen diferencias en su grado de responsabilidad sobre el resultado en función de los distintos juegos. Mientras que un **juego de azar puro** no da al jugador la oportunidad de utilizar su habilidad o influir en el resultado, un **juego de habilidad** es aquel en el que el resultado aún controlado en gran medida por el azar puede verse modificado por la puesta en práctica de determinadas habilidades.

¿Me podría poner ejemplos de juegos de azar y de habilidad? ¿Las máquinas tragaperras que tienen más de azar o de habilidad?

EXPLICACIÓN DE LA NOCIÓN DE IRRACIONALIDAD

Volviendo a la pregunta inicial: ¿qué tienen de erróneos esos pensamientos? Hemos indicado como las máquinas recreativas son un ejemplo claro de juego de azar, en el que la habilidad no influye nada o prácticamente nada en los resultados. Por tanto, cualquier creencia en unos principios que no sean estadísticos, esto es, que no hagan referencia a la probabilidad podemos considerarla errónea.

En definitiva esos pensamientos erróneos o distorsiones cognitivas observadas en el juego tienen la función de reducir la incertidumbre de una tarea probabilística como la del juego, infravalorando la influencia del azar y sobreestimando, por el contrario, la probabilidad de ganar. El jugador cree que dispone de un conocimiento específico de la situación con el que superar la casualidad, el azar.

Como he indicado anteriormente el objetivo de este tratamiento es el de saber identificar y corregir los pensamientos erróneos relacionados con el juego. Lo primero, y quizá la tarea más difícil, es saberlos identificar. Por esta razón a continuación vamos a ver las diferentes categorías en las que se pueden incluir los diversos pensamientos erróneos. Aportándole ejemplos de cada una de estas categorías podrá identificar más fácilmente dichos pensamientos y también podrá, de forma sencilla, establecer cuál es el error cometido en cada uno de estos pensamientos.

CLASIFICACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS ERRÓNEOS**

Ilusión de control

Creer que se pueden controlar sucesos que en realidad son aleatorios.

Ej: pensar que porque en una máquina recreativa se pueda dar a un botón en un momento dado, eso va a influir en el resultado.

Apelar a la suerte o a la habilidad

Creer que la suerte afecta al resultado de una forma personal o creer que se posee una habilidad especial que permite controlar los resultados.

Ej: pensar que una máquina le da suerte o que le tiene cogido el "tranquillo".

Supersticiones

Pensar que objetos o situaciones están directamente relacionados con un resultado, ya sea éste positivo o negativo.

Ej: tener un amuleto que le hace ganar.

Predicciones/sucesos relacionados

Creer que se pueden determinar los resultados antes de haber jugado porque se piensa que cada partida está relacionada con las anteriores y con las futuras.

Ej: predecir que se va a ganar en la siguiente partida porque lleva varias sin ganar.

Fenómeno de perder por poco

Al perder por un pequeño margen ("casi me toca") el jugador apostará de nuevo ya que cree que tiene mayor probabilidad de ganar, pues está muy cerca del premio.

Ej: pensar que porque hayan salido dos naranjas en una máquina tragaperras en la siguientes partidas va a ganar porque tienen que salir las tres naranjas.

Atribución flexible (cara: gano, cruz: ha sido el azar)

El éxito se debe a factores personales y el fracaso a factores externos.

Ej: atribuirse el éxito cuando se gana en una partida y pensar que los demás le han distraído cuando pierde.

Recordar sólo las veces que gana

Se mide el éxito en el juego considerando sólo cuánto se gana sin tener en cuenta lo que se ha perdido.

Ej: una persona se puede describir a sí misma como "suertuda" ya que siempre gana, pero analizando el dinero que ha ganado en función de lo gastado se comprueba que el gasto es superior a la ganancia.

** Material explicado en consulta y entregado al sujeto.

2ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de las tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la primera sesión y tratar las dificultades planteadas.

❷ Identificación de los pensamientos irracionales.

- El objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos, para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea base con el método de pensar en voz alta. Se le dan instrucciones para que señale e identifique cada verbalización errónea.
- Se trabaja con la cinta grabada en la primera sesión de juego en el laboratorio.

TAREAS PARA CASA

- ✍ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o erróneos. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no).

3ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

❷ Identificación de los pensamientos irracionales.

- El objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos, para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea base con el método de pensar en voz alta. Se le dan instrucciones para que señale e identifique cada verbalización errónea.
- Se trabaja con la cinta grabada en la segunda sesión de juego en el laboratorio.

❸ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Explicación de las dos primeras fases.

TAREAS PARA CASA

- ✍ Registran los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o erróneos. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no).
- ✍ Fase 1: Identificar y registrar situaciones problemáticas.
Fase 2: Definir y formular cada problema.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS I

¿Qué es un problema?

Los problemas o situaciones problemáticas son normales en nuestra vida cotidiana y ocurren a diario. Un problema es una situación real o imaginaria en la que tenemos que dar una solución, pero de la cual no disponemos en ese momento. Al no encontrar solución a un problema surge, o se incrementa, el estrés y otros estados emocionales. Y si se actúa sin tener una solución adecuada, se hace de un modo que no se desea o de un modo poco eficaz. O no se actúa, al no encontrar solución.

El entrenamiento en solución de problemas consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema.

Este entrenamiento consta de cinco fases:

1. Orientación general hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

Dado que en el entrenamiento en solución de problemas para pasar de uno a otro paso hay que haber superado previamente el anterior, cuando en un paso no hay suficiente información, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes.

Fase 1. Orientación general hacia el problema

Usted debe reconocer que los problemas son cotidianos a nuestra experiencia, forman parte de nuestra vida normal. Unas personas encuentran más fácilmente que otras soluciones a los mismos. Las hay que en su afán perfeccionista nunca son capaces de encontrar aquella solución que se le adecue; a la larga dejan de buscar soluciones al mismo. Hay los que responden impulsivamente y los que no hacen ante un problema. Pero la mayoría de las personas buscan soluciones satisfactorias a sus problemas y no sufren, ni se encuentran desmoralizadas ante los mismos, porque saben cómo solucionarlos.

Lo primero que debe reconocer es que los problemas existen, están ahí. De nada sirve escapar de los mismos. Hay que reconocer que existen y enfrentarse a ellos, pero de un modo efectivo y sin que causen mayores preocupaciones.

Reflexione sobre lo anterior. Piense en los problemas (tanto en los pocos relevantes como en los muy relevantes) que tiene usted ahora. Cuando tenga clara la existencia cotidiana de los problemas y los identifique claramente pase a la segunda fase.

Fase 2. Definición y formulación del problema

Una vez que reconoce que los problemas existen y ocurren cotidianamente, tenemos que definir claramente cada uno de ellos. Determine el quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada problema. Describalo en términos claros, específicos y concretos. Utilice información relevante y deseche la irrelevante. Utilice sólo hechos, no opiniones o creencias. Identifique los factores y las circunstancias que hacen de una situación un problema, sus metas principales y específicas relacionadas con el problema, subproblemas derivados del problema principal, etc.

4ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

❷ Identificación de los pensamientos irracionales.

- El objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos, para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea base con el método de pensar en voz alta. Se le dan instrucciones para que señale e identifique cada verbalización errónea. Para finalizar esta etapa se debe conseguir el criterio de un 80-85% de verbalizaciones inadecuadas identificadas.
- Se trabaja con la cinta grabada en la tercera sesión de juego en el laboratorio.

❸ Comprensión de la noción de racionalidad.

- Se explica el concepto de racionalidad como contrapuesto al de irracionalidad. Se le explican las diferentes categorías de pensamientos racionales. El terapeuta se asegura de la comprensión del concepto de irracionalidad en los juegos de azar.

❹ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Explicación de las tres fases restantes.
- Solución de un problema que sirva de ejemplo:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo siguiendo las cinco fases.

TAREAS PARA CASA

- Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o erróneos. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no).
- Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

EXPLICACIÓN DE LA NOCIÓN DE RACIONALIDAD

Hasta ahora nos hemos centrado en la identificación de los pensamientos erróneos: una tarea difícil, pero que usted ha conseguido dominar.

El paso siguiente será aprender a sustituir esos pensamientos erróneos por otros más adecuados, es decir, por pensamientos que en su explicación de los resultados del juego sólo hagan referencia a principios estadísticos, probabilísticos.

Lo que se pretende es sustituir esos pensamientos erróneos por otros que reflejen la imposibilidad de control sobre el juego, ya que atendiendo a las probabilidades la máquina tiene ventaja sobre el jugador. En definitiva, se trata de realizar un análisis objetivo del juego y de las diversas conductas del jugador.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS II

Fase 3. Generación de soluciones alternativas

Una vez que tiene claramente definido el problema y las metas relacionadas con el mismo, debe pasar a generar el mayor número posible de soluciones alternativas al problema.

Usted ante ese problema llevaba a cabo mecánicamente una solución que no le era adaptativa. Ahora lo que debe hacer es dejar aparcada su solución habitual y generar tantas soluciones como le vengan a la mente. Tenga en cuenta que en esta fase:

- Debe generar el mayor número posible de soluciones alternativas. Lo importante es la cantidad de alternativas, no la calidad de las mismas.
- Cualquier solución que le venga a la mente, por descabellada que le pueda parecer, es válida como alternativa. Ahora no es el momento de su valoración.
- Sea concreto en las alternativas que plantee. Las generales son poco útiles, difíciles de ejecutar.

Fase 4. Toma de decisiones

En la fase anterior ha elaborado un importante número de soluciones alternativas al problema planteado. De ellas vamos a elegir una, aquella que resulte más adecuada, útil, mejor o eficaz para llevarla a cabo en la situación problemática actual. Esta solución, de entre las que ha apuntado, se obtiene con los siguientes criterios:

- El valor de la alternativa: ¿consigo mi meta con ella?, ¿puedo ejecutar esa solución de modo óptimo?
- Las consecuencias personales de esa solución en tiempo, esfuerzo, costes o ganancias emocionales, de acuerdo con los valores éticos y morales, bienestar físico u otras consecuencias personales específicas del problema.
- Las consecuencias sociales: efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos.
- Las consecuencias económicas.
- Las consecuencias a corto y a largo plazo.
- La maximización de los beneficios y la minimización en los costes.

Una vez que se ha decidido por una solución debe plantearse estas cuestiones:

- Con esta solución, ¿puede cambiar la situación problemática?
- ¿Necesito más información antes de pasar a ponerla en práctica?
- ¿Qué solución o combinación de soluciones debo elegir para poner la solución en práctica?

Si la respuesta a todas las cuestiones anteriores es afirmativa debe poner en marcha la *táctica* para implantar esa solución en la situación de la vida real. Esto se hace siguiendo los mismos pasos anteriores para la toma de decisiones de la mejor solución que se ha seleccionado.

Fase 5. Puesta en práctica y verificación de la solución

Una vez que ha decidido la mejor solución para el problema tiene que pasar a poner en práctica la misma y verificar si en la vida real es efectivamente la más adecuada. Primero póngala en práctica simbólicamente imaginándose que usted la está llevando a cabo. Una vez realizada adecuadamente pase a ponerla en práctica en la situación real donde existe el problema. Una vez puesta en práctica debe hacer lo siguiente:

- Observe su conducta y el resultado obtenido con su alternativa.
- Compare el resultado actual (observado) con el resultado esperado para su solución.
- Retroceda a etapas anteriores si ello fuera necesario.
- Finalice el proceso de solución de problemas si el resultado es satisfactorio.
- Refuércese por sus esfuerzos de aplicar el proceso de solución de problemas a su problema particular satisfactoriamente (elógiense por haberlo conseguido), por un trabajo bien hecho, utilice un refuerzo material, etc.

Pasos a dar cuando la puesta en práctica y verificación de la solución no es satisfactoria

Cuando la comparación entre el resultado esperado de la solución y el observado es adecuado se ha encontrado una solución satisfactoria al mismo. Pero en algunos casos esto no es así. Cuando existen discrepancias suelen deberse bien a dificultades en el proceso de solución de problemas o bien en la ejecución de la solución. Si ocurre esto hay que volver a las fases previas del entrenamiento en solución de problemas y comprobar si se ha definido claramente el problema, generado todas las alternativas posibles de solución, tomado la solución adecuada y puesto en práctica la misma.

Con volver a analizar las etapas anteriores minuciosamente seguro que encontrará aquello que le impedía llegar a la mejor solución o a la implantación real de la misma en la situación problemática.

Aún así pueden surgir barreras importantes en el camino (por ejemplo, un problema financiero; una relación marital rota; un hijo encarcelado; una crisis personal, etc.). El análisis del estado afectivo es igualmente importante en casos como los anteriores. El entrenamiento en solución de problemas es un *proceso* y su entrenamiento sistemático posibilita solucionar los problemas personales. Pero al hacerse el proceso casi automático hay que tener presente que los problemas pueden ser de intensidad pequeña, mediana o grave, y que hay que ser posibilistas y realistas en su solución.

* * *

Con el entrenamiento en solución de problemas que hemos visto hasta aquí usted podrá conocer e identificar sus problemas, analizarlos y encontrarles soluciones adecuadas que le resulten satisfactorias.

Fuente (Entrenamiento en Solución de problemas I y II):

Tomado de Becoña, E. (1993). Técnicas de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.710-743). Madrid: Pirámide.

5ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

❷ Corrección cognitiva.

- El terapeuta corrige algunas de las verbalizaciones irracionales emitidas por el jugador. Después será el propio jugador el que reemplace sus verbalizaciones inadecuadas por otras más adecuadas, para ello el terapeuta para la cinta y pide al sujeto reemplazar cada una de las verbalizaciones erróneas.

❸ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Solución de un problema:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo bajo la supervisión del terapeuta.

TAREAS PARA CASA

- ✍ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o incorrectos y estos últimos corregirlos por otros más adecuados. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no y reemplazando cada una de las verbalizaciones erróneas).

Una vez identificado el pensamiento erróneo debe decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».

- ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionarlas siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

6ª SESIÓN

CONSULTA**❶** Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

❷ Corrección cognitiva.

- El terapeuta corrige algunas de las verbalizaciones irracionales emitidas por el jugador. Después será el propio jugador el que reemplace sus verbalizaciones inadecuadas por otras más adecuadas, para ello el terapeuta para la cinta y pide al sujeto reemplazar cada una de las verbalizaciones erróneas.
Al final de esta fase el jugador ha llegado a cambiar su percepción y pensamientos erróneos con respecto al juego, percibiéndolo como un verdadero juego de azar.

❸ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Solución de un problema:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo bajo la supervisión del terapeuta.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o incorrectos y estos últimos corregirlos por otros más adecuados. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no y reemplazando cada una de las verbalizaciones erróneas).
Una vez identificado el pensamiento erróneo debe decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».
- ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionarlas siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

7ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas:

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

❷ Prevención de recaídas:

- Explicar al paciente el fenómeno de la recaída y enseñarle estrategias de prevención:
 - Percepción de decisiones aparentemente irrelevantes y de situaciones de alto riesgo.
 - Ilustrar pensamientos automáticos y conductas de alto riesgo, tales como incrementar las apuestas, volver a jugar para recuperar el dinero perdido, jugar más de lo que se tenía planeado o evitar actividades sociales por jugar.
 - Conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego.
 - Establecimiento de hábitos de conducta alternativos reforzantes.

❸ Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried).

- Solución de un problema:
 - Elección de uno de los problemas identificados por el sujeto.
 - Resolución del mismo bajo la supervisión del terapeuta.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o incorrectos y estos últimos corregirlos por otros más adecuados. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no y reemplazando cada una de las verbalizaciones erróneas).

Una vez identificado el pensamiento erróneo debe decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».

- ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionarlas siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS I

Decisiones aparentemente irrelevantes

Objetivo: reconocer y disminuir y/o eliminar mini-decisiones que incrementan la probabilidad de encontrarse ante una situación de alto riesgo.

Técnica: utilizar dichas decisiones como estímulos discriminativos que indiquen la puesta en marcha de procesos de corte y evaluativos de las mismas. Es el momento para revisar las motivaciones para dejar de jugar.

Situaciones de alto riesgo

Objetivo: Identificar las situaciones de alto riesgo para evitarlas o desarrollar respuestas de coping.

Técnica: el entrenamiento en el reconocimiento de situaciones específicas de alto riesgo se lleva a cabo a través de los auto-registros realizados en la fase de evaluación y durante el tratamiento, que van a servir como estímulos discriminativos para poner en marcha las respuestas de afrontamiento aprendidas.

Ejemplos:

Estados emocionales negativos

- Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurra
- Cuando estoy muy nervioso
- Cuando me siento deprimido
- Cuando estoy irritado o me siento frustrado
- Cuando estoy aburrido
- Cuando tengo una deuda que no me atrevo a confesar

Conflictos interpersonales

- Cuando tengo problemas en el trabajo
- Cuando siento que me regañan injustamente
- Cuando hay riñas y peleas en casa

Presión social

- Cuando estoy con otras personas que están jugando

Otros

- Cuando paso por un local de juego o por un bar de máquinas tragaperras
- Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño
- Cuando estoy muy contento
- Cuando tengo dinero disponible para gastar
- Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba
- Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.
- Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego
- Cuando la máquina está “caliente”
- Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía

Carencia de habilidades de coping

Objetivo: desarrollo de conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego.

Técnica: entrenamiento y role-playing.

8ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas:

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

❷ Prevención de recaídas:

- Conceptualizar la recaída como un proceso de extinción de conductas, enseñar al paciente el fenómeno de la disonancia cognitiva ocurrido tras una primera caída y dotarle de pautas de comportamiento adecuadas en ese supuesto: hacer frente a la ansiedad resultante, llamar inmediatamente al terapeuta, evitar deslizarse por la pendiente de la recaída total al intentar recuperar con otras conductas de juego el dinero perdido en la primera recaída, etc.

TAREAS PARA CASA

- ✍ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o incorrectos y estos últimos corregirlos por otros más adecuados. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no y reemplazando cada una de las verbalizaciones erróneas).
Una vez identificado el pensamiento erróneo debe decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».
- ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionarlas siguiendo los cinco pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS II

Caída inicial

Objetivo: desarrollar habilidades conductuales y estrategias cognitivas que ayuden al control para que no se llegue a una recaída completa.

* Caída: episodio aislado de juego.

* Recaída completa: se recuperan los niveles de línea-base como jugadores.

Técnica: entrenamiento en habilidades de autocontrol

1. Autoobservación (auto-registro)
2. Establecimiento de objetivos (objetivo final: abstinencia)
3. Entrenamiento en técnicas concretas (ej: autoinstrucciones para esperar un tiempo determinado cuando aparece el deseo)
4. Aplicación de las técnicas en el contexto real y autocorrección

Efecto de transgresión de la abstinencia

Objetivo: preparar al sujeto para la posible experimentación de este efecto, de manera que se pueda redefinir la caída como una experiencia de aprendizaje.

Técnicas:

A. Información sobre los componentes del efecto de la transgresión de la abstinencia.

El proceso de la recaída tiene como factor común la **exposición a una situación de alto riesgo** (que desafía la percepción de control del sujeto) **sin la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento adecuadas**, y el **efecto de transgresión de la abstinencia** (que explica la pérdida de control posterior).

¿En qué consiste el efecto de transgresión de la abstinencia? Si se ha llevado a cabo un período de abstinencia en el que no se ha jugado, uno se ve a sí mismo como un no jugador. Si después de estar abstinentemente se *invierte dinero en el juego*, este *primer dinero invertido en el juego tras el período de abstinencia* provoca un estado emocional negativo de conflicto o culpa. La manera más común de reducir esa sensación desagradable es a través de la repetición reiterada de la conducta de jugar (recordar el esquema del análisis funcional: la conducta de juego alivia la sensación de tensión) y de la modificación de la autoimagen en consonancia con la recaída ("no estoy completamente recuperado"). A su vez, el hecho de atribuir dicha recaída a una debilidad interna como falta de "fuerza de voluntad" o insuficiente "capacidad de control" favorece la pérdida de control posterior, ya que la idea que va a tener la persona es que aunque lo intente no va a poder resistir las "tentaciones" que irán apareciendo, pues no ni tiene fuerza de voluntad ni capacidad de control para hacer frente a estas situaciones. Todo esto aumenta la probabilidad de encontrarse ante situaciones de alto riesgo y experimentar nuevas recaídas.

B. Reestructuración cognitiva.

Explicar como la recaída supone un aprendizaje en la identificación de situaciones de alto riesgo y en el manejo de estrategias de afrontamiento.

Fuentes (Prevención de recaídas I y II):

- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.

C. SESIONES DE EXPOSICIÓN

1ª SESIÓN

CONSULTA

- ❶ Conceptualización del procedimiento de exposición como una estrategia más de afrontamiento para evitar recaídas.
- ❷ Explicación del procedimiento de exposición.
 - Explicar la teoría que subyace al procedimiento de la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta.
 - Elaborar un procedimiento individualizado de exposición: determinar la jerarquía de estímulos.

TAREAS PARA CASA

- ✍ Autorregistro de la conducta de juego.
- ✍ Elaboración de la jerarquía de estímulos.

PROCEDIMIENTO DE EXPOSICIÓN I

Conceptualización del procedimiento de exposición como una estrategia más de afrontamiento para evitar recaídas

A lo largo del tratamiento hemos aprendido a identificar una serie de pensamientos erróneos que hacían especialmente difícil el abandono de la conducta de juego. No sólo hemos aprendido a identificarlos sino también a corregirlos por otros más adecuados y realistas.

También hemos repasado esas situaciones de alto riesgo (poner ejemplos de las situaciones comentadas por el sujeto) que pueden crearle algún problema e, incluso, favorecer una recaída en el futuro. Por esta razón, estas últimas sesiones del tratamiento se van a centrar en hacer frente a dichas situaciones de alto riesgo, para que usted compruebe como es capaz de manejarlas eficazmente.

A continuación voy a explicarle el procedimiento por el cual vamos a enfrentarnos a esas situaciones presuntamente problemáticas.

Explicación del procedimiento

Existen una serie de estímulos alrededor de las situaciones de juego (explicación del análisis funcional*) que ponen en marcha la conducta de jugar.

Debido a la amplia difusión de las máquinas recreativas en múltiples lugares no podemos evitar encontrarnos con esos estímulos. Por ello, la exposición con prevención de respuesta le enseña a resistir un posible impulso de jugar ante la presencia de una máquina recreativa.

Quizá recuerde cómo cuando, por las razones que sean, no podía jugar ante la presencia de estos estímulos (no necesariamente de forma física sino también imaginaria) comenzaba a notar una tensión desagradable que el juego conseguía eliminar; proporcionándole, por el contrario, esta conducta de juego una excitación agradable.

Este tratamiento denominado exposición con prevención de respuesta tiene como objetivo que ante la presencia de esos estímulos usted no sólo no lleve a cabo la conducta de juego (que eso ya lo ha conseguido) sino que tampoco experimente esa tensión desagradable por no poder jugar.

Se preguntará ¿cómo puede conseguir que desaparezca esa tensión ante situaciones que han estado estrechamente relacionados con el juego? La respuesta es doble:

1. Va a estar ante esa situación el tiempo suficiente que le permita comprobar que esa tensión desagradable o ansiedad no va constantemente en aumento sino que llega un punto en el que empieza a descender hasta casi desaparecer.
2. Se va a acercar a estas situaciones o estímulos poco a poco; no va a empezar de golpe con situaciones muy conflictivas para usted sino por aquellas otras que, aunque le producen tensión, ésta no es demasiado elevada.

* El gráfico empleado para la explicación genérica del análisis funcional de la conducta de juego se incluye en el apartado de material utilizado en el tratamiento.

Para ello tenemos que hacer una jerarquía de dichas situaciones, de manera que empecemos a trabajar con los estímulos más sencillos y poco a poco, cuando usted vaya comprobando cómo es posible resistir el impulso de jugar, pasaremos a los más complicados.

Aspectos importantes para que funcione el tratamiento:

- Implicación del paciente y de un coterapeuta.
- Seguir las prescripciones terapéuticas de forma continuada.
- Implicación atencional en las tareas de exposición.

Elaboración de la jerarquía

Debemos desarrollar una jerarquía de situaciones y estímulos relacionados con el juego. Estímulos que van a ser ordenados según el nivel de ansiedad o dificultad que provoquen.

Estos estímulos deben ser:

- Realistas.
- Concretos.
- Deben ser estímulos relevantes para el problema. (De manera que si no se han presentado esos estímulos al sujeto porque ha conseguido evitarlos se deben incluir en la jerarquía).

A continuación vamos a construir la jerarquía identificando estímulos o situaciones relacionadas con el juego en las que usted no va a poder llevar a cabo la conducta de jugar. Necesitamos entre 10 y 15 situaciones. Vamos a ordenar estas situaciones de menor a mayor dificultad. No es suficiente decir que una situación le resulta más difícil o le produce más ansiedad que otra, sino que hay que ser más preciso, por ejemplo asignando números a las situaciones. Podemos utilizar una escala de 0 a 10, en donde el 1 ó 2 corresponderían a las situaciones que apenas le crean problemas y el 10 reflejaría la situación más compleja.

Utilizando esta escala, ¿cuál es el nivel de ansiedad que tiene este momento?

Ahora centrémonos en el tema del juego. Trate de imaginarse la situación que le provocaría mayor ansiedad (anclaje superior). ¿Cuál es su puntuación?

Ahora considere la situación que menos ansiedad o dificultad le produciría (anclaje inferior). ¿Cuál es su puntuación?

¿Cómo sería una situación de nivel intermedio, de 5? (anclaje medio).

Determinar situaciones de distintos niveles (una entre 5 y 10 -7-; otra entre 1 y 5 -3- ...).

Voy a mandarle una tarea para casa que es elaborar una jerarquía de situaciones relacionadas con el juego del mismo modo que la hemos construido aquí en consulta. Deberán ser de niveles diversos y tendrá que anotar en un lado de las tarjetas la situación bien descrita y en el otro el grado de ansiedad o dificultad que le produce.

2ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de las tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.

❷ Procedimiento de exposición.

- Elaboración de la jerarquía de estímulos definitiva.
- Instrucciones para la realización de las sesiones de exposición en vivo.

TAREAS PARA CASA

✍ Autorregistro de la conducta de juego.

- ✍ Llevar a cabo las tareas de exposición 6 veces por semana, con una periodicidad diaria, hasta que el nivel de ansiedad percibido sea igual o inferior a 3. La exposición se hará sin consumir bebidas alcohólicas y sin realizar otras actividades simultáneas.

Estímulos 4-6 de la jerarquía.

Anotar las tareas de exposición en el registro correspondiente.

PROCEDIMIENTO DE EXPOSICIÓN II

Elaboración de la jerarquía definitiva

Revisión de las tarjetas traídas por el sujeto y recompensamos por la correcta generación de las mismas, escogemos las útiles y las barajamos con las de la sesión anterior. Después se le pide al sujeto que, sin mirarlas por detrás, vuelva a colocarlas en orden ascendente.

Estrategia: hacer varios montones (las situaciones más importantes/menos importantes) y ordenar las tarjetas de cada montón. Finalmente se le pide que revise y de valor a todas las tarjetas.

Se comparan los valores actuales con los escritos por detrás. En caso de concordancia, el ítem es definitivamente adscrito a un nivel. En caso de discordancias importantes se discute el ítem con el sujeto antes de su adscripción definitiva.

Se seleccionan 10-15 ítems.

Fuentes (Procedimiento de exposición I y II):

Báez, C. y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (75), 125-145.

Cruzado, J.A.; Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Desensibilización sistemática. En F.J. Labrador; J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 396-421). Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador; J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.

3ª SESIÓN

CONSULTA

① Revisión de las tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Autorregistro de la conducta de juego.
- ✎ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita en la sesión anterior.
Estímulos 7-8 de la jerarquía.
Anotar las tareas de exposición en el registro correspondiente.

4ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas:

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

TAREAS PARA CASA

- ✍ Autorregistro de la conducta de juego.
- ✍ Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita.
Estímulos 9-10 de la jerarquía.
Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

D. SESIONES COGNITIVAS

1ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Análisis de los hábitos de juego.

- Delimitar detalladamente los hábitos de juego del sujeto:
 - Un lugar favorito asociado con la posibilidad de ganar.
 - Una máquina o tipo de máquina favorita.
 - Rituales asociados con el juego de la máquina.
 - Impedir que jueguen otros en la misma en la misma máquina hasta que el jugador haya acabado.
 - Métodos especiales para jugar.
 - Facultad para predecir cuando se va a producir un gran premio.
- Indicar si perciben el juego determinado fundamentalmente por el azar o por la habilidad (hojas de registro previas a la evaluación psicofisiológica).

❷ Información sobre el juego.

- Se proporciona: la distinción entre juego de azar y de habilidad (ejemplos de juegos).

❸ Explicación de la noción de irracionalidad.

- El terapeuta muestra la importancia de los pensamientos irracionales en el mantenimiento de la conducta de juego y explica las diferentes categorías de las verbalizaciones irracionales.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o erróneos. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no).

DISTINCIÓN ENTRE JUEGO DE AZAR Y DE HABILIDAD

Si recuerda durante la evaluación le hemos pedido que dijera en alto todos aquellos pensamientos que le surgían mientras jugaba. También en los auto-registros de las primeras sesiones había una casilla donde se debían indicar los pensamientos relacionados con el juego.

¿Por qué tanto interés por esos pensamientos? Al finalizar el tratamiento hemos indicado como lo más importante para que no se produzca una recaída es identificar situaciones de alto riesgo y poner en marcha las estrategias de afrontamiento adecuadas. De hecho, analizamos algunas situaciones que a usted especialmente le resultaban de alto riesgo y hemos practicado algunas estrategias de afrontamiento específicas.

A continuación vamos a intentar fortalecer esas estrategias para evitar una posible recaída en el futuro.

¿Cómo? Aprendiendo a identificar los pensamientos erróneos relacionados con el juego y que hacen que se tomen decisiones aparentemente irrelevantes pero que incrementan la probabilidad de volver a jugar.

La siguiente pregunta que seguramente se estará planteando es ¿cuáles son esos pensamientos erróneos? Para poder responder a esta pregunta se necesita establecer la diferencia entre los juegos de azar y de habilidad.

Aunque en todo juego el azar desempeña un papel fundamental, existen diferencias en su grado de responsabilidad sobre el resultado en función de los distintos juegos. Mientras que un **juego de azar puro** no da al jugador la oportunidad de utilizar su habilidad o influir en el resultado, un **juego de habilidad** es aquel en el que el resultado aún controlado en gran medida por el azar puede verse modificado por la puesta en práctica de determinadas habilidades.

¿Me podría poner ejemplos de juegos de azar y de habilidad? ¿Las máquinas tragaperras que tienen más de azar o de habilidad?

EXPLICACIÓN DE LA NOCIÓN DE IRRACIONALIDAD

Volviendo a la pregunta inicial: ¿cuáles son esos pensamientos erróneos? Hemos indicado como las máquinas recreativas son un ejemplo claro de juego de azar, en el que la habilidad no influye nada o prácticamente nada en los resultados. Por tanto, cualquier creencia en unos principios que no sean estadísticos, esto es, que no hagan referencia a la probabilidad podemos considerarla errónea.

En definitiva esos pensamientos erróneos o distorsiones cognitivas observadas en el juego tienen la función de reducir la incertidumbre de una tarea probabilística como la del juego, infravalorando la influencia del azar y sobreestimando, por el contrario, la probabilidad de ganar. El jugador cree que dispone de un conocimiento específico de la situación con el que superar la casualidad, el azar.

Esta última fase del tratamiento tiene como objetivo la identificación y corrección de los pensamientos erróneos relacionados con el juego. ¿Por qué? Porque, como hemos indicado anteriormente, dichos pensamientos favorecen que en el futuro se puedan tomar decisiones que a su vez incrementen la *probabilidad de jugar*; ya que *si pensamos que podemos controlar el juego y que poseemos alguna habilidad especial a la hora de ganar*, más alicientes va a tener el juego para nosotros.

Lo primero, y quizá la tarea más difícil, es saber identificar estos pensamientos. Por esta razón a continuación vamos a ver las diferentes categorías en las que se pueden incluir los diversos pensamientos erróneos. Aportándole ejemplos de cada una de estas categorías podrá identificar más fácilmente dichos pensamientos y también podrá, de forma sencilla, establecer cuál es el error cometido en cada uno de estos pensamientos.

CLASIFICACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS ERRÓNEOS*

Ilusión de control

Creer que se pueden controlar sucesos que en realidad son aleatorios.

Ej: pensar que porque en una máquina recreativa se pueda dar a un botón en un momento dado, eso va a influir en el resultado.

Apelar a la suerte o a la habilidad

Creer que la suerte afecta al resultado de una forma personal o creer que se posee una habilidad especial que permite controlar los resultados.

Ej: pensar que una máquina le da suerte o que le tiene cogido el "tranquillo".

Supersticiones

Pensar que objetos o situaciones están directamente relacionados con un resultado, ya sea éste positivo o negativo.

Ej: tener un amuleto que le hace ganar.

Predicciones/sucesos relacionados

Creer que se pueden determinar los resultados antes de haber jugado porque se piensa que cada partida está relacionada con las anteriores y con las futuras.

Ej: predecir que se va a ganar en la siguiente partida porque lleva varias sin ganar.

Fenómeno de perder por poco

Al perder por un pequeño margen ("casi me toca") el jugador apostará de nuevo ya que cree que tiene mayor probabilidad de ganar, pues está muy cerca del premio.

Ej: pensar que porque hayan salido dos naranjas en una máquina tragaperras en la siguientes partidas va a ganar porque tienen que salir las tres naranjas.

Atribución flexible (cara: gano, cruz: ha sido el azar)

El éxito se debe a factores personales y el fracaso a factores externos.

Ej: atribuirse el éxito cuando se gana en una partida y pensar que los demás le han distraído cuando pierde.

Recordar sólo las veces que gana

Se mide el éxito en el juego considerando sólo cuánto se gana sin tener en cuenta lo que se ha perdido.

Ej: una persona se puede describir a sí misma como "suertuda" ya que siempre gana, pero analizando el dinero que ha ganado en función de lo gastado se comprueba que el gasto es superior a la ganancia.

* Material explicado en consulta y entregado al sujeto.

2ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de las tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la primera sesión y tratar las dificultades planteadas.

❷ Identificación de los pensamientos irracionales.

- El objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos, para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea base con el método de pensar en voz alta. Se le dan instrucciones para que señale e identifique cada verbalización errónea.
- Se trabaja con la cinta grabada en la primera sesión de juego en el laboratorio.

TAREAS PARA CASA

- Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o erróneos. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no).

3ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas.

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente por los progresos conseguidos.

❷ Identificación de los pensamientos irracionales.

- El objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos, para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea base con el método de pensar en voz alta. Se le dan instrucciones para que señale e identifique cada verbalización errónea. Para finalizar esta etapa se debe conseguir el criterio de un 80-85% de verbalizaciones inadecuadas identificadas.
- Se trabaja con la cinta grabada en la segunda sesión de juego en el laboratorio.

❸ Comprensión de la noción de racionalidad.

- Se explica el concepto de racionalidad como contrapuesto al de irracionalidad. Se le explican las diferentes categorías de pensamientos racionales. El terapeuta se asegura de la comprensión del concepto de irracionalidad en los juegos de azar.

❹ Corrección cognitiva.

- El terapeuta corrige algunas de las verbalizaciones irracionales emitidas por el jugador. Después será el propio jugador el que reemplace sus verbalizaciones inadecuadas por otras más adecuadas, para ello el terapeuta para la cinta y pide al sujeto reemplazar cada una de las verbalizaciones erróneas.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o incorrectos y estos últimos corregirlos por otros más adecuados. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no y reemplazando cada una de las verbalizaciones erróneas).

Una vez identificado el pensamiento erróneo debe decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».

EXPLICACIÓN DE LA NOCIÓN DE RACIONALIDAD

Hasta ahora nos hemos centrado en la identificación de los pensamientos erróneos: una tarea difícil, pero que usted ha conseguido dominar.

El paso siguiente será aprender a sustituir esos pensamientos erróneos por otros más adecuados, es decir, por pensamientos que en su explicación de los resultados del juego sólo hagan referencia a principios estadísticos, probabilísticos.

Lo que se pretende es sustituir esos pensamientos erróneos por otros que reflejen la imposibilidad de control sobre el juego, ya que atendiendo a las probabilidades la máquina tiene ventaja sobre el jugador. En definitiva, se trata de realizar un análisis objetivo del juego y de las diversas conductas del jugador.

4ª SESIÓN

CONSULTA

❶ Revisión de tareas:

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos.

❷ Corrección cognitiva.

- El terapeuta corrige algunas de las verbalizaciones irracionales emitidas por el jugador. Después será el propio jugador el que reemplace sus verbalizaciones inadecuadas por otras más adecuadas, para ello el terapeuta para la cinta y pide al sujeto reemplazar cada una de las verbalizaciones erróneas.

Al final de esta fase el jugador ha llegado a cambiar su percepción y pensamientos erróneos con respecto al juego, percibiéndolo como un verdadero juego de azar.

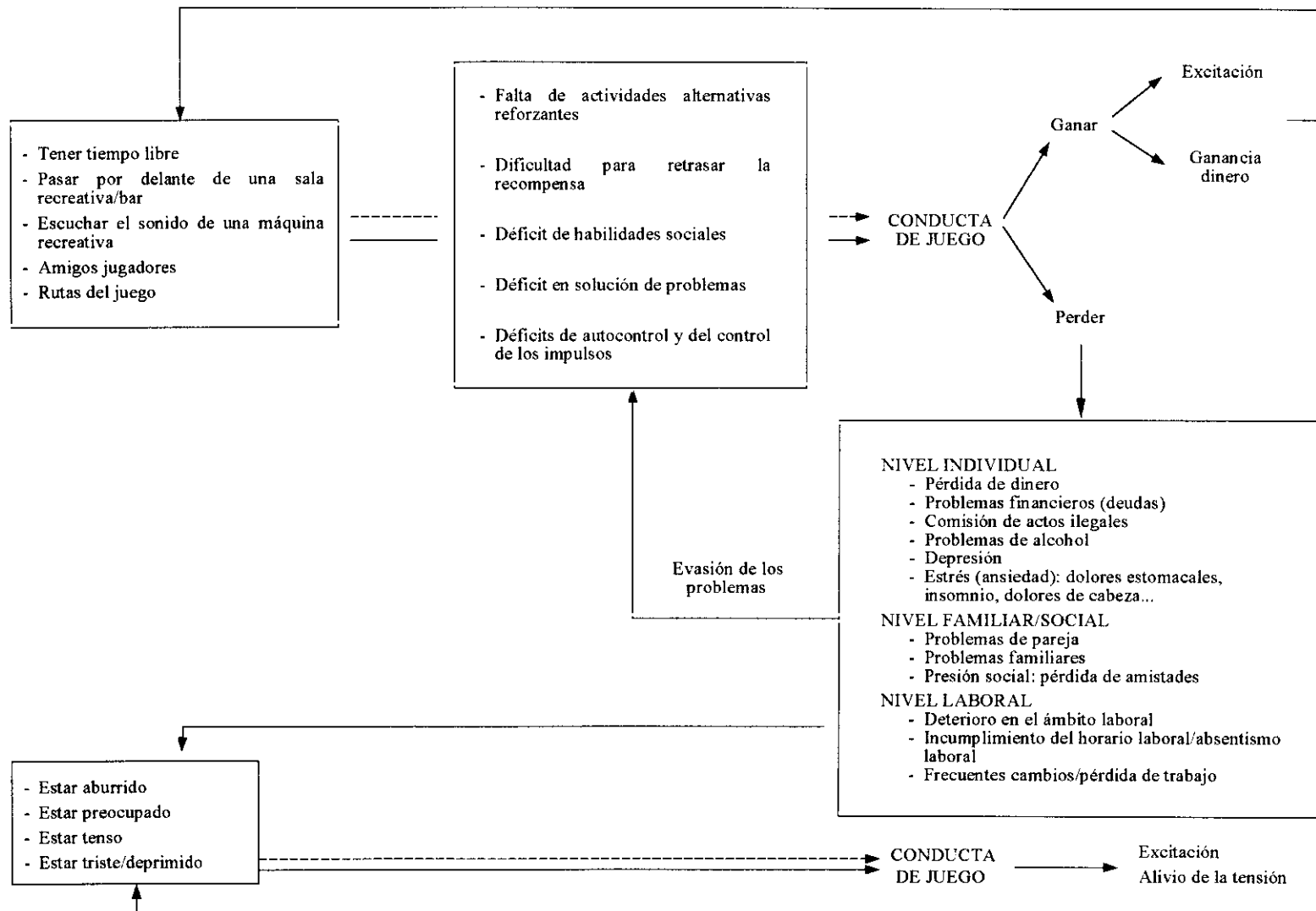
- Se trabaja con la cinta grabada en la tercera sesión de juego en el laboratorio.

TAREAS PARA CASA

- ✎ Registrar los pensamientos relacionados con el juego e indicar si son correctos o incorrectos y estos últimos corregirlos por otros más adecuados. (Registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando cuáles son adecuadas y cuáles no y reemplazando cada una de las verbalizaciones erróneas).

Una vez identificado el pensamiento erróneo debe decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».

E. MATERIAL UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO



ANÁLISIS FUNCIONAL

AUTORREGISTROS DE LA CONDUCTA DE JUEGO UTILIZADOS EN LA TERAPIA COGNITIVA

Nº Hª:

Fecha:

Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	¿Juega? Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado

Nº Hª:

Fecha:

Pensamientos	C/E*	Deseo de jugar (0-10)	¿Juega? Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado

Nº Hª:

Fecha:

Pensamientos	*C/E	Deseo de jugar (0-10)	¿Juega? Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Corrección pensamientos erróneos

(*) C= pensamiento correcto/E= pensamiento erróneo

AUTORREGISTRO DE LAS TAREAS DE EXPOSICIÓN

Nº H^a.

[illegible]

Fase 3: Generación de soluciones alternativas

Nº Hª:

Nº Problema:

Posibles soluciones al problema:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Fase 4: Toma de decisiones

Solución elegida:

Fase 5: Puesta en práctica y verificación de la solución

Principales razones para su elección:

Técnica para poner dicha solución en práctica:

ANEXO F

ESQUEMA DE SESIONES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

ESQUEMA DE SESIONES

- A. Tratamiento de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta**
- B. Tratamiento cognitivo**
- C. Tratamiento de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta + sesiones cognitivas**
- D. Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición**

A. TRATAMIENTO DE CONTROL DE ESTÍMULOS Y EXPOSICIÓN EN VIVO CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
1	1	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada • Pauta de entrevista sobre el juego - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • BDI • STAI • Autorregistro de la conducta de juego 	1h 30'
2	2	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en método de pensar en voz alta - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h 30'
3	2	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego 	30'
4	2	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h
5	3	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>1ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del problema (análisis funcional) - Control de estímulos - Estrategia de devolución de dinero - Explicación del procedimiento de exposición <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Llevar a cabo el control de estímulos • Elaboración de la jerarquía de estímulos 	1h
6	4	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>2ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Procedimiento de exposición <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Proseguir con el control de estímulos • Tareas de exposición 	1h
7	5	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>3ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Proseguir con el control de estímulos • Tareas de exposición • Hacer listado de conductas/relaciones sociales alternativas 	1h
8	6	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>4ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas - Entrenamiento en solución de problemas <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Atenuar gradualmente el control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas prescritas por el terapeuta • Identificar y registrar situaciones problemáticas 	1h

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
9	7	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>5ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Aumentar la atenuación del control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de un problema diario 	1h
10	8	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>6ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Aumentar la atenuación del control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h
11	9	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>7ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Eliminar el control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h
12	10	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>8ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1 h
13	11	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h
14	11	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • BDI • STAI 	30'
15	11	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto 	1h
16	1 mes	<p><u>SEGUIMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto - BDI - STAI - Inventario de pensamientos - Autorregistro de conducta de juego 	1h
17	3 meses		
18	6 meses		
19	9 meses		
20	12 meses		

B. TRATAMIENTO COGNITIVO

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
1	1	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada • Pauta de entrevista sobre el juego - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ BDI ✎ STAI ✎ Autorregistro de la conducta de juego 	1h 30'
2	2	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en método de pensar en voz alta - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h 30'
3	2	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de la conducta de juego 	30'
4	2	<p style="text-align: center;"><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h
5	3	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>1ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los hábitos de juego - Información sobre el juego - Explicación de la noción de irracionalidad <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos 	1h-1h30'
6	4	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>2ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Identificación de pensamientos irracionales <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos 	1h
7	5	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>3ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Identificación de pensamientos irracionales - Entrenamiento en solución de problemas <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas 	1h
8	6	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>4ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Identificación de pensamientos irracionales - Comprensión de la noción de racionalidad - Entrenamiento en solución de problemas <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de un problema diario 	1h
9	7	<p style="text-align: center;"><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>5ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Corrección cognitiva - Entrenamiento en solución de problemas <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
10	8	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>6ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Corrección cognitiva - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h
11	9	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>7ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h
12	10	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>8ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de pensamientos ✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h
13	11	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h
14	11	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Autorregistro de la conducta de juego ✎ BDI ✎ STAI 	30'
15	11	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto 	1h
16	1 mes	<p><u>SEGUIMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto - BDI - STAI - Inventario de pensamientos - Autorregistro de la conducta de juego 	1h
17	3 meses		
18	6 meses		
19	9 meses		
20	12 meses		

C. TRATAMIENTO DE CONTROL DE ESTÍMULOS Y EXPOSICIÓN EN VIVO CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA + SESIONES COGNITIVAS

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
1	1	<p><u>EVALUACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada • Pauta de entrevista sobre el juego - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • BDI • STAI • Autoregistro de la conducta de juego 	1h 30'
2	2	<p><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en método de pensar en voz alta - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h 30'
3	2	<p><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro de la conducta de juego 	30'
4	2	<p><u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h
5	3	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>1ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del problema (análisis funcional) - Control de estímulos - Estrategia de devolución de dinero - Explicación del procedimiento de exposición <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro de la conducta de juego • Llevar a cabo el control de estímulos • Elaboración de la jerarquía de estímulos 	1h
6	4	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>2ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Procedimiento de exposición <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro de la conducta de juego • Proseguir con el control de estímulos • Tareas de exposición 	1h
7	5	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>3ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro de la conducta de juego • Proseguir con el control de estímulos • Tareas de exposición • Hacer listado de conductas/relaciones sociales alternativas 	1h
8	6	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>4ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro de la conducta de juego • Atenuar gradualmente el control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas prescritas por el terapeuta • Identificar y registrar situaciones problemáticas 	1h

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
9	7	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>5ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Aumentar la atenuación del control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de un problema diario 	1h
10	8	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>6ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Aumentar la atenuación del control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h
11	9	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>7ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Eliminar el control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1h
12	10	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>8ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas 	1 h
13	11	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>9ª sesión (1ª sesión cognitiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Análisis de los hábitos de juego - Información sobre el juego - Explicación de la noción de irracionalidad <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de pensamientos 	1h-1h30'
14	12	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>10ª sesión (2ª sesión cognitiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas • Identificación de pensamientos irracionales <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de pensamientos 	1h
15	13	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>11ª sesión (3ª sesión cognitiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas • Identificación de pensamientos irracionales • Comprensión de la noción de irracionalidad • Corrección cognitiva <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de pensamientos 	1h
16	14	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>12ª sesión (4ª sesión cognitiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas • Corrección cognitiva <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de pensamientos 	1h

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
17	15	<u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h
18	15	<u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • BDI • STAI 	30'
19	15	<u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto 	1h
20	1 mes	<u>SEGUIMIENTO</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto - BDI - STAI - Inventario de pensamientos - Autorregistro de conducta de juego 	1h
21	3 meses		
22	6 meses		
23	9 meses		
24	12 meses		

D. TRATAMIENTO COGNITIVO + SESIONES DE EXPOSICIÓN

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
1	1	<u>EVALUACIÓN</u> - Entrevista <ul style="list-style-type: none">• Entrevista estructurada• Pauta de entrevista sobre el juego - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto	1h 30'
		• BDI • STAI • Autorregistro de la conducta de juego	
2	2	<u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u> - Entrenamiento en método de pensar en voz alta - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica	1h 30'
3	2	<u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica	30'
		• Autorregistro de la conducta de juego	
4	2	<u>EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO</u> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de las conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica	1h
5	3	<u>TRATAMIENTO</u> 1ª sesión: <ul style="list-style-type: none">- Análisis de los hábitos de juego- Información sobre el juego- Explicación de la noción de irracionalidad	1h-1h30'
		• Autorregistro de pensamientos	
6	4	<u>TRATAMIENTO</u> 2ª sesión: <ul style="list-style-type: none">- Revisión de tareas- Identificación de pensamientos irracionales	1h
		• Autorregistro de pensamientos	
7	5	<u>TRATAMIENTO</u> 3ª sesión: <ul style="list-style-type: none">- Revisión de tareas- Identificación de pensamientos irracionales- Entrenamiento en solución de problemas	1h
		• Autorregistro de pensamientos • Identificar y registrar situaciones problemáticas	
8	6	<u>TRATAMIENTO</u> 4ª sesión: <ul style="list-style-type: none">- Revisión de tareas- Identificación de pensamientos irracionales- Comprensión de la noción de racionalidad- Entrenamiento en solución de problemas	1h
		• Autorregistro de pensamientos • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de un problema diario	

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
9	7	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>5ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Corrección cognitiva - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas</p>	1h
10	8	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>6ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Corrección cognitiva - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas</p>	1h
11	9	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>7ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas - Entrenamiento en solución de problemas <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas</p>	1h
12	10	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>8ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Prevención de recaídas <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas</p>	1h
13	11	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>9ª sesión (1ª sesión exposición):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Explicación del procedimiento de exposición <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Elaboración de la jerarquía de estímulos</p>	1h
14	12	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>10ª sesión (2ª sesión de exposición):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Procedimiento de exposición <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Tareas de exposición</p>	1h
15	13	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>11ª sesión (3ª sesión de exposición):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Tareas de exposición</p>	1h
16	14	<p><u>TRATAMIENTO</u></p> <p>12ª sesión (4ª sesión de exposición):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas <hr/> <p>✎ Autorregistro de pensamientos</p> <p>✎ Tareas de exposición</p>	1h
17	15	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario de pensamientos - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica 	1h

Nº sesión	Nº semana	Contenido	Duración
18	15	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de la conducta de juego • BDI • STAI 	30'
19	15	<p><u>EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego + escalas tipo Likert - Observación de conductas motoras durante el juego - Evaluación psicofisiológica - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto 	1h
20	1 mes	<p><u>SEGUIMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (versión paciente) - Escala de Adaptación del sujeto - BDI - STAI - Inventario de pensamientos - Autorregistro de la conducta de juego 	1h
21	3 meses		
22	6 meses		
23	9 meses		
24	12 meses		

ANEXO G

**TRANSCRIPCIÓN DE LAS VERBALIZACIONES
EMITIDAS POR UN SUJETO DURANTE EL
PERÍODO DE JUEGO EN SITUACIÓN
ARTIFICIAL PRE Y POSTRATAMIENTO**

TRANSCRIPCIÓN DE LAS VERBALIZACIONES EMITIDAS POR UN SUJETO DURANTE EL PERÍODO DE JUEGO EN SITUACIÓN ARTIFICIAL PRETRATAMIENTO

Datos del sujeto		
<i>Sexo:</i> Varón	<i>Síntomas juego patológico:</i> 8	<i>Tratamiento:</i> cognitivo
<i>Edad:</i> 36	<i>Duración del problema:</i> 1 año y medio	<i>Resultado:</i> reducción de la
<i>Estudios:</i> COU	<i>Juegos:</i> máquinas tragaperras, bingo	conducta de juego
<i>Estado civil:</i> soltero	<i>Recaidas:</i> ninguna	<i>Sesión de juego:</i> 1ª pre

“...Cinco, seis, siete... nueve... voy a echar diez, ahora, de momento. ¡Ay!... Nada... ¡ves, he quitado quinientas pesetas, pero ya sabía que no lo da nunca!... Dos... Ahora o doscientas... ¡ves lo he perdido!... Avances, de aquí no sale nada... Aquí como mucho me salen las naranjas y ni eso... No me sale nada... Siempre que te salen dos avances no te da nunca nada... Cuatro... Dos... aquí... Generalmente cuando no da nada nada nada es que va a dar un premio gordo, a veces me pasa eso... A veces te equivocas... pero, es que no me ha dado nada... Para mí, es buena señal o el que dé muchos premios seguidos o el que no dé absolutamente ninguno, cuando te va dando premios y te los va quitando, pierdes generalmente; pero si durante mucho tiempo te está dando premios es que va a salir algo bueno, y si durante mucho tiempo no te da nada, pues también... Tres, aquí no hago nada... ¿Doble o nada?... Cuatro... El dado, ahora puedo ganar cuatrocientas... pero, de momento no... ¡Ves, ha salido volcado si no si me las hubiese dado!... ¡Joe!... nada... De momento ya he perdido... Dos... Avances, pues nada, uno... o cincuenta... ¡ves, ahora he ganado cien!... ¡Bien, cuatro!... uno, dos... nada, ahora no sale nada... Un dos, nada... ¡Buah, me va dando premios de cincuenta y cien pesetas, pero no me da ninguno así!... Avances dos, uno y dos... así... voy a jugar al dado ahora por si me salen cuatrocientas... nada... ¡Jolín, sale torcido!... pues tiene que salir ahora... Los limones yo los suelo parar porque es una fruta que a mí me gusta... ¡Buah, otras cincuenta pesetas!... No me está dando nada... A mí cuando da premios tan bajos me gusta porque es que te va a dar... generalmente, hoy no te digo que sea el caso... pero a mí me gusta cuando me da premios bajos... Generalmente cuando me va dando premios de quinientas y eso... generalmente luego se chupa todo y te deja sin nada... pero cuando te da así premios de cincuenta y... cosas de esas... Dos... bueno pues aquí... uno y dos... voy a jugar al dado otra vez, ahora me tiene que salir... ¡Bien, ya era hora!... ahora me han tocado quinientas pesetas... Dos avances... uno... ¡Qué bien!... Si es que no da nada... Bueno, ahora voy a parar las campanas para ver si me sale... no... El comodín... qué me da... ¡Bien!, ahora sabía que me iba a dar las quinientas... hay a veces que predigo así un poco lo que me puede dar, nada más que por lógica y me he imaginado que me iba a dar las quinientas... Una, dos... Es la primera vez que estoy jugando a doble o nada y me lo está dando casi todo dobles... Tres... uno, dos y tres... otra vez doble ¡qué raro!... Tres... es que éstas no se pueden ver ahí... ¡Bah!... Voy a jugar al dado... trescientas... al dado siempre juego siempre cuando me sale... ¿Doble o nada?, me lo va a quitar pero voy a jugar a doble... ¡Ah, pues no!, yo creo que la has preparado (terapeuta) para que me toque todo doble porque esto generalmente no me suele pasar... casi siempre lo pierdo... Cuatro... una, dos, tres y cuatro... voy a jugar al dado ahora por si me da trescientas setenta y cinco... una, dos y tres... antes no me las dio me las tiene que dar ahora... no, ¡ves, la primera nada!... otra vez, no... yo creo que tiene que salir... pues no me lo ha dado... ¡Ay! se me ha caído una moneda al suelo, te lo digo para que lo sepas que es mía... Con esto no hago nada... uno... ¡Buf! me han salido dos efes (símbolo de Recreativos Franco = premio máximo), pero no me ha salido nada... Bueno, voy a parar las efes por si me sale pero no... generalmente a mí nunca me suele dar ahí el premio... Aquí en tres... nada... una, dos y tres... la primera vez que me están saliendo todos los dobles que meto... Uno, dos, tres... pues me quedan cuatro jugadas ¡eh!... Cuatro cincuenta... Cuatro... uno... ¡Bah!... voy a jugar al dado a ver si me da las cuatrocientas... No... nada... ¡Bien!, pues ahora sí me las ha dado... me encanta el ruido éste (monedas cayendo) cuando... ¡Je, je!...”

TRANSCRIPCIÓN DE LAS VERBALIZACIONES EMITIDAS POR UN SUJETO DURANTE EL PERÍODO DE JUEGO EN SITUACIÓN ARTIFICIAL POSTRATAMIENTO

Datos del sujeto

<i>Sexo:</i> Varón	<i>Síntomas juego patológico:</i> 9	<i>Tratamiento:</i> exposición
<i>Edad:</i> 30	<i>Duración del problema:</i> 8 meses	+ sesiones cognitivas
<i>Estudios:</i> F.P.	<i>Juegos:</i> máquinas tragaperras	<i>Resultado:</i> abstinencia
<i>Estado civil:</i> soltero	<i>Recaídas:</i> ninguna	<i>Sesión de juego:</i> 1ª post

“Bueno, vamos a regalar estas monedas... Bueno, que juegue sola... ¡Agh!... Estoy dando cualquiera (botones) porque como sé que no la puedo controlar... pues... que salga lo que sea... ¡Umh!... Pues no sé qué decir, la verdad es que estoy jugando... le estoy dando a los botones porque puede salir lo que sea... Quiero echarlas todas (monedas) y pronto, porque... la verdad es que me siento un poco extraño echando las monedas y haciendo los avances o no avances, siendo que saldrá lo que quiera... ¡Agh!... Doscientas... Buena suerte dice ¡je, je!... La verdad es que aburre un poco ¡eh!, por eso no quiero darle al botoncito porque... que juegue sola y... Avances cintas, tres avances, ¡da igual!... Bueno... Avances, cuatro... Ya me da igual ¡eh!... podría haber parado los dos RF (símbolo de Recreativos Franco = premio máximo), pero no lo he hecho porque cómo da igual... ¿Por qué cuento (las monedas al insertarlas en la máquina) también?... podría echarlas todas, pero como no entran todas, pues nada... Ya voy perdiendo todo el dinero que me has dado... Bueno, ya se va a acabar esto... afortunadamente... Le estoy dando a cualquiera porque la verdad es que no le encuentro mucho sentido a darle a cualquiera de estas cosas... Bueno, una, dos, tres, cuatro... se me cayeron dos por allá o una, no sé, en fin da igual... La verdad es que las echo todas (monedas) rápido porque quiero terminar pronto, ya... Dado... Le voy a dar al dado de nuevo para ver que cuenta el dado... bueno... ¡Umh!... Avances, dos... Da igual, podía haber parado eso pero, en fin, como no me interesa... C'est fini... ya se ha terminado esto”.